

MOTIVASI PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK *MEDICALLY COMPROMISED*

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin
Sudirohusodo Kota Makassar

SKRIPSI

Diajukan untuk melengkapi salah satu syarat mendapat gelar

Sarjana Kedokteran Gigi



ANDI NUR SAKINA TRI MEILANA

J111 13 334

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2016

**MOTIVASI PEMELIHARAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT
PADA ANAK *MEDICALLY COMPROMISED***

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin
Sudirohusodo Kota Makassar

SKRIPSI

**Diajukan Kepada Universitas Hasanuddin
Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran Gigi**

Oleh :

ANDI NUR SAKINA TRI MEILANA

J111 13 334

BAGIAN ILMU KEDOKTERAN GIGI ANAK

FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2016

LEMBAR PENGESAHAN

Judul : Motivasi Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak *Medically Compromised*

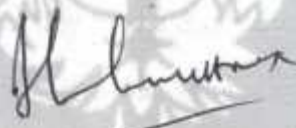
Oleh : Andi Nur Sakina Tri Meilana/ J111 13 334

Telah Diperiksa dan Disahkan

Pada Tanggal 17 November 2016

Oleh :

Pembimbing

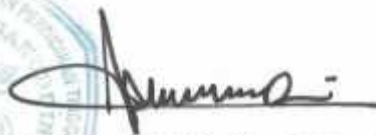
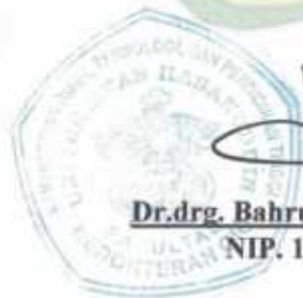


Prof. Dr. drg. Sherly Horax, MS
NIP:195804031986032002

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Hasanuddin



Dr.drg. Bahrudin Thalib, M.Kes, Sp.Pro
NIP. 19640814 199103 1 002

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan mahasiswa yang tercantum dibawah ini

Nama : Andi Nur Sakina Tri Meilana

Nim : J111 13 334

Judul Skripsi : Motivasi Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut Pada Anak
Medically Compromised

Menyatakan Bahwa Judul Skripsi yang diajukan adalah judul yang baru dan tidak terdapat di Perpustakaan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin

Makassar, 18 November 2016

Staf. Perpustakaan FKG-UH



Amiruddin, S.Sos

NIP. 19661121 199201 1 003

ABSTRAK

Latar belakang : Motivasi kesehatan merupakan dorongan dari dalam diri seseorang untuk bertindak ataupun berperilaku terkait dengan pemeliharaan dan upaya peningkatan kesehatan. Dewasa ini, kesehatan gigi dan mulut sama pentingnya dengan kesehatan umum. Beberapa klinik dokter gigi terlihat peningkatan jumlah pasien dengan kondisi medis yang menyulitkan penanganan, sehingga diperlukan konsultasi dengan dokter yang menangani kondisi medisnya. Kondisi ini disebut dengan *Medically Compromised*. **Tujuan:** Untuk mengetahui gambaran motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut serta hubungan antara tingkat motivasi dan tingkat rujukan ke dokter gigi terhadap jenis penyakit anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo. **Metode penelitian:** Penelitian ini bersifat observasional analitik dengan rancangan *cross-sectional study*. **Hasil:** Terdapat 13,10% anak yang memiliki tingkat motivasi tinggi, 76,80% sedang, dan 10,10% motivasi rendah. Diperoleh nilai $p < 0,05$ yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat rujukan ke dokter gigi dan tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo. **Kesimpulan :** Mayoritas anak *medically compromised* menunjukkan tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut lebih rendah dibanding anak sehat umumnya. Dari berbagai jenis penyakit, anak dengan penyakit jantung memiliki tingkat motivasi yang paling tinggi dan anak talasemia memiliki tingkat motivasi terendah. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut dengan jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised*.

Kata kunci : Motivasi, anak *medically compromised*, kesehatan gigi dan mulut

ABSTRACT

Background : Health motivation refers to encouragement in someone to take an action or behave associated with maintenance and efforts to improve health. Nowadays, oral health is as important as the health of the body. In some practicing dentists has also seen an increasing number of patients in ill health with comorbidities that complicate care, so consultation with a physician who handles the condition is necessary. This condition is called medically compromised. **Purpose:** To determine the motivation of dental health care as well as the relationship between the level of motivation and the level of a referral to a dentist at medically compromised patient in RSUP Wahidin Sudirohusodo. **Method :** This type of research is using observational analytic method with cross-sectional survey approach. **Result :** 13,10% of children who high level motivation, 76,80% medium and 10,10% has lower motivation. Values obtained $p < 0,05$ that means, there is a significant relationship between the rate of referral to dentist and the motivation level of dental health care to the type of diagnosis of disease in children with medically compromised in RSUP Wahidin Sudirohusodo. **Conclusion:** Majority of children with medically compromised shows lower dental health care than the healthy children. From the various types of disease, children with cardiac disease have the highest level of motivation and children with thalassemia have the lowest level of motivation. This shows, there is a significant relationship between dental health care motivation with the type of diagnosis in children with medically compromised.

Keywords : Motivation, Medically Compromised Children, Dental Healt Care

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb.

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya lah kita masih dapat menikmati ilmu pengetahuan sehingga skripsi yang berjudul “Motivasi Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak *Medically Compromised* ” ini dapat terselesaikan dengan penuh semangat dan doa, sekaligus menjadi syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin.

Shalawat serta salam selalu kita haturkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW. Nabi yang mengajarkan kita berbagai ilmu pengetahuan dan telah membawa kita dari alam kegelapan menuju ke alam terang benderang, beserta orang-orang yang senantiasa istiqamah di jalannya.

Pada kesempatan ini, penulis menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. **Prof. Dr. drg. Sherly Horax, MS** selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar dan telaten memberi arahan, membimbing dan senantiasa memberikan nasehat kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
2. **Dr. drg. Bahruddin Thalib, M.Kes., Sp.Prof** sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanudin beserta seluruh staf atas bantuan dan bimbingannya selama penulis mengikuti pendidikan.

3. **Prof. Dr. drg. Edy Machmud, Sp.Pros (K)** selaku Penasehat Akademik atas bimbingan, perhatian, nasehat, dan kudungan bagi penulis selama mengikuti pendidikan di jenjang pre-klinik.
4. Teruntuk kedua orang tua tericnta, Ayahanda **Andi Usman Ali A. Bintang, SE** dan Ibunda **Andi Hikmawati, SH, M.kn**, adik tercinta **Andi Nur Fatwah Febrian**, kakak **Andi Nur Rezky Lestari** dan **Andi Nur Chamidah Wulandari**, serta **Keluarga Besar** penulis yang senantiasa memberikan doa, dukungn, dan nasehat selama penyusunan skripsi ini.
5. **Seluruh Dosen, Staf Akademik, Staf Tata Usaha, Staf Perpustakaan FKG Universitas Hasanuddin**, dan **Staf Bagian Ilmu Kedokteran Gigi Anak** yang telah banyak membantu penulis.
6. **Seluruh Staf dan dokter bagian departemen anak *Mothers and Children***, serta **Lontara IV anak Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusodo**, khususnya buat **kak Mida** dan **kak hasna** yang telah banyak membantu penulis selama penelitian berlangsung.
7. Teman-teman **RESTORASI 2013** tercinta atas dukungan penuh dan semangat yang terus diberikan kepada penulis
8. Kakak-kakak **MASTIKASI 2012, OKLUSAL 2011** yang telah banyak membantu penulis selama melakukan penelitian dan selalu memberikan nasehat serta arahan kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
9. **Teman-teman sepembimbing : Aldy Anzhari Ayud dan Sustia Sri Rizky.** Terima kasih untuk kebersamaan, semangat, dan segala bantuan dalam proses penyusunan skripsi.

10. **Soraya Ugiani, Nisrina Ekayani, Nurul Annisah, Oryza Sativa, Izzah Syahidah, dan Belandara Sukma** yang selalu berada saat suka dan duka, senantiasa memberikan motivasi, mendekarkan cerita apapun, memberi keceriaan, semangat dan kasih sayang kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
11. Keluarga Posko **KKN Profesi Kesehatan Angkatan 53 Unhas Desa Lampoko, Kecamatan Ballusu, Kabupaten Barru** atas dukungan penuh dan semangat yang diberikan kepada penulis khususnya selama berada di lokasi KKN untuk menyelesaikan skripsi ini dengan cepat.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu untuk semua dukungan dan motivasi yang diberikan kepada penulis. Penulis menyadari bahwa dalam skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan serta kesalahan yang tidak disadari penulis. Penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca, demi perbaikan penulisan selanjutnya di masa yang akan datang.

Makassar, 17 November 2016

Andi Nur Sakina Tri Meilana

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Motivasi	6
2.2 Kesehatan gigi dan mulut pada anak.....	7
2.2.1 Epidemiologi karies pada anak	7
2.2.2 Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak.....	8
2.2.3 Perilaku kesehatan gigi dan mulut pada anak	10
2.3 <i>Medically Compromised</i>	12
2.3.1 Definisi <i>medically compromised</i>	12
2.3.2 Macam-macam <i>medically compromised</i>	12
2.3.2.1 Penyakit kardiovaskular	12
2.3.2.2 Leukemia	17
2.3.2.3 Talasemia.....	20
2.3.2.4 Gangguan ginjal.....	23

BAB III KERANGKA TEORI

3.1 Kerangka teori.....	29
3.2 Kerangka konsep.....	30
3.3 Alur penelitian	31

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Jenis penelitian.....	32
4.2 Waktu penelitian	32
4.3 Lokasi penelitian	33
4.4 Populasi dan sampel penelitian	33
4.5 Kriteria sampel.....	33
4.4.1 Kriteria inklusi	33
4.4.2 Kriteria eksklusi	33
4.6 Metode sampling.....	34
4.7 Variabel penelitian	34
4.8 Definisi operasional	34
4.9 Alat dan bahan	35
4.10 Prosedur penelitian.....	35
4.11 Analisis data.....	35
4.12 Hipotesa penelitian.....	36
BAB V HASIL PENELITIAN	37
BAB VI PEMBAHASAN.....	48
BAB VII PENUTUP.....	63

7.1 Kesimpulan	63
7.2 Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN.....	72

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi anak <i>medically compromised</i> yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus – September 2016 berdasarkan jenis kelamin, usia, dan diagnosa penyakit.....	37
Tabel 5.2. Distribusi hubungan anak yang memiliki dokter gigi pribadi terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak <i>medically compromised</i> yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus – September	39
Tabel 5.3. Distribusi hubungan anak yang dirujuk ke dokter gigi terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak <i>medically compromised</i> yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus – September 2016	40
Tabel 5.4. Distribusi hubungan perilaku kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak <i>medically compromised</i> yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus – September 2016	42
Tabel 5.5. Distribusi hubungan tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak <i>medically compromised</i> yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus – September 2016	43
Tabel 5.6. Distribusi hubungan motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak <i>medically compromised</i> yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus – September 2016	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1	Distribusi anak <i>medically compromised</i> yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus – September 2016 yang memiliki dokter gigi pribadi.....	38
Gambar 5.2.	Distribusi anak <i>medically compromised</i> yang datang ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus-September tahun 2016 yang dirujuk ke dokter gigi.....	40
Gambar 5.3.	Distribusi tingkat perilaku kesehatan gigi dan mulut anak <i>medically compromised</i> yang datang ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus-September tahun 2016.....	41
Gambar 5.4.	Distribusi tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak <i>medically compromised</i> yang datang ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus-September tahun 2016.....	43
Gambar 5.5.	Distribusi motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak <i>medically compromised</i> yang datang ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus-September tahun 2016.....	44
Gambar 5.6.	Distribusi tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak <i>medically compromised</i> yang datang ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus-September tahun 2016 berdasarkan jenis kelamin.....	46
Gambar 5.7	Distribusi tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak <i>medically compromised</i> yang datang ke RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus-September tahun 2016 berdasarkan tingkatan usia.....	47

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rongga mulut biasanya disebut sebagai jendela menuju ke seluruh tubuh yang memberikan sinyal adanya gangguan kesehatan. Menurut *World Health Organization* (WHO) 2013, kesehatan gigi dan mulut saling berkaitan dengan kondisi kesehatan tubuh seseorang. Hal ini dikarenakan kondisi rongga mulut dapat menjadi penyebab timbulnya suatu penyakit pada bagian tubuh yang lain, ketika sistem imun telah mengalami gangguan. Begitupun sebaliknya, kondisi sistemik dapat berdampak atau menimbulkan suatu penyakit dalam rongga mulut seseorang. Oleh karena itu, kondisi kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu aspek penting dalam menunjang kesehatan tubuh seseorang, serta akan berdampak pada kualitas hidupnya, baik secara fisik maupun psikologis.¹

Akhir-akhir ini hubungan antara penyakit sistemik dan penyakit pada rongga mulut menarik perhatian para peneliti. Beberapa klinik dokter gigi terlihat peningkatan jumlah pasien dengan kondisi medis yang menyulitkan perawatan gigi dan mulut, sehingga perlu dilakukan konsultasi dengan dokter ataupun dokter spesialis yang menangani kondisi sistemiknya. Pasien dengan kondisi ini disebut dengan *medically compromised*.²

Dokter gigi perlu lebih waspada terhadap implikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan *medically compromised*.³ Kondisi gigi dan mulut pada pasien tersebut tentunya sangat berbeda bila dibandingkan dengan orang sehat. Hal ini dapat dilihat dari beberapa manifestasi rongga mulut yang biasa ditemui, seperti mudah terjadi perdarahan, mudah terjadi luka, serta terjadinya peningkatan akumulasi plak yang merupakan cikal bakal timbulnya suatu penyakit di dalam rongga mulut, seperti karies dan penyakit periodontal. Oleh karena itu, pasien dengan *medically compromised* perlu lebih teliti dalam menjaga kebersihan dan kesehatan rongga mulutnya.

Penyakit gigi dan mulut yang banyak diderita oleh penduduk Indonesia adalah yang berkaitan dengan masalah kebersihan mulut. Kondisi rongga mulut yang bersih dan sehat perlu dimiliki semua orang pada semua kalangan usia, dan sebaiknya dilakukan sejak dini. Kondisi kesehatan tubuh khususnya kesehatan gigi dan mulut yang baik, dapat menunjang optimalisasi tumbuh kembang anak. Dengan kondisi tersebut, akan mempermudah masuknya nutrisi ke dalam tubuh serta meningkatkan kemampuan anak dalam berkembang. Baik halnya secara fisik, komunikasi (sosial), maupun membangun kepercayaan diri sang anak.¹ Pada penelitian yang dilakukan oleh Dr. Anubhan Yadav (2013) menyebutkan sekitar 10 hingga 15% anak-anak yang berusia dibawah 16 tahun mengalami penyakit kronik jangka panjang. Dan beberapa diantaranya memiliki kondisi tersebut sejak lahir.³

Apabila kesehatan tubuh anak terganggu, maka kesehatan gigi dan mulut juga menjadi salah satu aspek penting yang harus mendapat perhatian lebih. Khususnya dalam upaya mencegah terjadinya penyakit dalam rongga mulut. Hal ini sangat penting dilakukan karena anak dengan kondisi *medically compromised* memiliki resiko yang

lebih tinggi mengalami manifestasi rongga mulut dibanding anak sehat.^{4,5} Tindakan menjaga kesehatan gigi dan mulut khususnya pada anak-anak merupakan tindakan yang bersifat sukarela, maka dari itu dibutuhkan sebuah motivasi didalamnya. Baik itu dari tenaga medis, pihak keluarga, dan pihak lainnya.⁶

Motivasi merupakan dorongan dari dalam diri seseorang untuk bertindak dan berperilaku. Sumber motivasi sangatlah beragam. Motivasi biasanya berasal dari pengetahuan seseorang akan sesuatu, kemudian akan menimbulkan sebuah keinginan yang mendasari perilaku. Pada anak, motivasi paling banyak diperoleh dari keluarga dan di lingkungan sekolah. Hal tersebut sangat penting bagi anak-anak yang sedang dalam proses tumbuh kembang, terlebih lagi pada anak dengan kondisi *medically compromised*. Namun, anak dengan kondisi ini biasanya lebih banyak menghabiskan waktunya dalam menerima perawatan dan pengobatan di rumah sakit. Sehingga waktu di sekolah menjadi sangat berkurang. Hal tersebut sangat berpengaruh terhadap proses tumbuh kembang anak, termasuk motivasinya.⁶

Pada dasarnya, di Kota Makassar belum ada penelitian yang dilaporkan mengenai motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised*. Kondisi inilah yang membuat peneliti bermaksud melakukan penelitian mengenai motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* di Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar.

Banyak jenis penyakit dapat ditemukan pada anak yang sedang menerima perawatan di rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Rahmah Kartini Rusdi pada anak *medically compromised* (2013), menyebutkan jenis penyakit pada anak yang

paling banyak ditemukan di RSUP Wahidin Sudirohusodo adalah jantung, leukemia, dan talasemia. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti melakukan sebuah mini survei mengenai prevalensi penyakit pada anak yang berada di RSUP Wahidin Sudirohusodo. Ternyata ditemukan beberapa jenis penyakit dengan prevalensi terbesar di RSUP Wahidin Sudirohusodo yaitu jantung, leukemia, sindrom nefrotik, talasemia, dan epilepsi. Berdasarkan temuan tersebut dan beberapa pertimbangan, maka peneliti memutuskan untuk mengambil sampel penelitian pada anak dengan *medically compromised* yang diantaranya jantung, leukemia, sindrom nefrotik, dan talasemia. Adapun usia sampel pada penelitian ini adalah 5-16 tahun, dikarenakan anak-anak dengan usia tersebut sudah dapat belajar memahami tentang kesehatan gigi dan mulut serta lebih kooperatif.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dapat dirumuskan masalah yaitu bagaimana motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak dengan *medically compromised* di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo.

1.3 Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada pasien anak dengan *medically compromised* di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo

2. Untuk mengetahui hubungan tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis penyakit pada pasien anak *medically compromised* di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo
3. Untuk mengetahui tingkat rujukan ke dokter gigi pada pasien anak *medically compromised* di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo

1.4 Manfaat Penelitian

1. Sebagai informasi mengenai motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada pasien anak *medically compromised* di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo
2. Sebagai informasi mengenai tingkat rujukan ke dokter gigi pada pasien anak *medically compromised* di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo
3. Diharapkan dapat memberikan informasi pada tenaga kesehatan dalam pembuatan program-program edukasi serta pencegahan penyakit gigi dan mulut pada anak *medically compromised*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Motivasi

Motivasi berasal dari kata latin yaitu *moreve* yang berarti dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak dan berperilaku. Motivasi merupakan sebuah perubahan energi yang ada dalam diri seseorang yang ditandai dengan adanya rasa (*feeling*) dan didahului dengan respon adanya sebuah tujuan. Hal ini juga ditandai dengan adanya kesediaan dan kemauan. Menurut Gedler dkk (2004) yang dikutip oleh Emily R. Lai (2011) dalam “*Motivation: A literature Review*” mendefinisikan motivasi sebagai alat yang menggerakkan seseorang untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu.⁷

Pada dasarnya, motivasi dibagi menjadi dua macam yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi instrinsik merupakan jenis motivasi yang berasal dari dalam diri seseorang tanpa adanya dorongan luar. Banyak ahli berpendapat bahwa setiap dalam diri individu manusia telah terdapat dorongan untuk melakukan sesuatu. Motivasi intrinsik ini mengacu pada kesenangan dan ketertarikan dari dalam pribadi seseorang dan biasanya sangat berbanding terbalik dengan motivasi ekstrinsik. Berbeda dengan motivasi intrinsik, motivasi ekstrinsik merupakan jenis motivasi yang telah dimanipulasi oleh faktor luar, dan biasanya menghasilkan tujuan yang berbeda.

Jenis motivasi ini bisa berasal dari orang lain, lingkungan, bahkan material. Misalnya karena keinginan orang tua, keinginan mendapatkan pujian dari orang lain, kepentingan peringkat, uang, dan sebagainya. Banyak yang beranggapan bahwa motivasi intrinsik lebih mendapatkan hasil yang lebih baik dibanding dengan motivasi ekstrinsik.

Pada umumnya, anak-anak yang telah duduk dibangku sekolah mengalami motivasi intrinsik yang tinggi. Beberapa penelitian mengenai motivasi anak mengatakan, biasanya motivasi anak yang duduk dibangku sekolah cenderung akan mengalami penurunan sebagai proses perkembangan anak disekolah. Seiring bertambahnya usia, anak akan mampu memahami suatu hal dengan baik. Dengan demikian, anak-anak dapat membedakan dan memilih dalam melakukan sesuatu.

Motivasi dalam bidang kesehatan diartikan sebagai dorongan yang dilakukan dengan menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya tahu, mengerti, dan sadar, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.⁸

2.2 Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak

2.2.1 Epidemiologi Karies pada Anak

Karies gigi dan penyakit periodontal merupakan masalah kesehatan gigi dan mulut yang paling banyak dijumpai di dunia. Dalam beberapa penelitian, banyak ditemukan prevalensi karies tertinggi terjadi pada anak-anak.⁹ Berdasarkan dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, provinsi Sulawesi Selatan memiliki prevalensi

masalah kesehatan gigi dan mulut diatas angka nasional sebesar 36,2%. Tingkat keparahan dari kerusakan gigi ini dapat dilihat dari indeks DMFT, dimana untuk provinsi Sulawesi Selatan indeks DMFT-nya yaitu 6,0. *National Institution of Health* juga menyebutkan bahwa anak usia 5-17 tahun merupakan usia yang paling sering mengalami karies.¹⁰ Dalam penelitian yang dilakukan oleh Gill P dkk (2011) menyebutkan bahwa di Amerika Serikat, 42 % anak-anak berusia 2-11 tahun mengalami karies pada gigi sulungnya, 43 % pada anak usia 5 tahun, dan 57 % pada anak usia 8 tahun.¹¹

Sebuah penelitian oleh Joshi N dkk (2013) juga mengatakan prevalensi karies pada anak yang berusia 6–12 tahun yaitu sebesar 69,12%. Serta prevalensi karies pada masa gigi sulung lebih tinggi terjadi pada anak laki-laki dibanding dengan anak perempuan. Dan pada masa gigi permanen, anak perempuan menunjukkan prevalensi lebih tinggi dibanding anak laki-laki. Hal ini mungkin disebabkan karena pada anak perempuan gigi lebih dulu mengalami erupsi dan lebih lama terpapar oleh lingkungan luar.⁹

2.2.2 Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak

Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut merupakan salah satu upaya dalam mencegah dan menanggulangi masalah-masalah kesehatan gigi yang terjadi melalui pendekatan kesehatan gigi dan mulut. Banyaknya promosi mengenai kesehatan gigi dan mulut yang disampaikan diharapkan mampu mengubah perilaku kesehatan gigi seseorang dari perilaku yang tidak sehat menjadi sehat. Hingga saat ini tidak ada satu negara pun yang melaporkan memiliki anak bebas

karies. Kondisi seperti ini dapat berlanjut hingga dewasa dan mempengaruhi ekonomi produktivitas dan kualitas hidup.¹²

Teori perkembangan Piaget (1969) yang dikutip oleh Asih Maysaroh (2013) mengatakan bahwa anak usia sekolah berada pada tahap perkembangan operasional konkrit, dimana cara anak berfikir sudah mulai logis dan masuk akal, sehingga apabila anak diberi pengetahuan tentang suatu hal maka anak akan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan tersebut.¹³ Bila ditinjau dari berbagai upaya pencegahan karies gigi sekolah (UKGS) seharusnya pada anak usia sekolah dasar memiliki angka karies rendah. Pada penelitian yang dilakukan oleh Azhari dkk (2016) menemukan nilai rata-rata DMF-T siswa SMP di Medan sebesar $2,44 \pm 2,005$ yang termasuk kedalam tingkat keparahan karies rendah menurut WHO (1,2-2,6).

Telah banyak hasil penelitian yang mengatakan bahwa adanya hubungan tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut terhadap angka karies gigi. Rendahnya pengetahuan akan mengakibatkan perilaku kesehatan yang mengarah pada timbulnya penyakit. Semakin tinggi tingkatan sekolah anak maka peran pengetahuan akan semakin nampak. Pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada sebagian besar anak usia sekolah masih dikategorikan rendah.

Pengetahuan bisa didapatkan secara alami maupun secara terencana yaitu melalui proses pendidikan. Peranan orang tua dan guru sangat dibutuhkan dalam mendidik serta membina anak memelihara kesehatan giginya. Tingginya prevalensi karies gigi pada anak dapat disebabkan karena tidak menerapkan

pengetahuan kesehatan gigi dan mulut dalam perilaku kesehatan giginya sehari-hari. Pengetahuan tentang kesehatan gigi dapat terdiri dari beberapa komponen diantaranya pengetahuan tentang gigi sehat, penyebab masalah kesehatan gigi, akibat masalah kesehatan gigi serta perawatan gigi yang benar.¹²

2.2.3 Perilaku kesehatan gigi dan mulut pada anak

Kondisi kesehatan tubuh khususnya kesehatan gigi dan mulut dapat menunjang optimalisasi tumbuh kembang anak. Rongga mulut biasanya disebut sebagai jendela menuju keseluruhan tubuh, yang memberikan sinyal adanya gangguan kesehatan umum.¹ Pentingnya menjaga kesehatan rongga mulut sejak dini sudah sangat meluas dimasyarakat, karena akan mempengaruhi kualitas hidup anak dimasa depan.

Pada dasarnya kesehatan gigi dan mulut pada anak tergantung oleh faktor kebiasaan. Baik itu faktor kebiasaan konsumsi makanan, kebiasaan menyikat gigi, ataupun dari kebiasaan buruk. Kebiasaan konsumsi makanan merupakan peran yang penting dalam terjadinya karies. Anak-anak lebih banyak mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung gula. Karies akan terjadi ketika faktor resiko dan pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut tidak seimbang.⁹ Tindakan menjaga kesehatan rongga mulut khususnya pada anak-anak, merupakan tindakan yang bersifat sukarela. Dan oleh karena itu dibutuhkan sebuah motivasi didalamnya. Baik itu dari diri sendiri, dokter, pihak keluarga, dan faktor lainnya.⁶

Perilaku menyikat gigi pada anak biasanya diturunkan oleh perilaku keluarga dan orang disekitarnya. Semakin baik faktor keluarga dan lingkungan

anak tersebut, maka akan baik pula perilaku anak dalam menjaga kesehatan gigi dan mulut. Kebiasaan anak yang sering mengonsumsi makanan yang mengandung gula perlu diimbangi dengan perilaku sikat gigi yang baik untuk menghindari kerusakan pada gigi dan jaringan disekitarnya.

Faktor yang mempengaruhi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak sangatlah beragam. Program-program kesehatan mulut seperti penyuluhan yang menarik bagi anak, sikat gigi massal, fluoridasi, serta pada jaman sekarang ini juga telah banyak media elektronik yang menyediakan contoh perilaku kesehatan gigi seperti kartun dan video game. Semua hal tersebut akan berdampak terhadap perilaku kesehatan anak tersebut. Terlebih lagi pada anak yang dalam masa tumbuh kembang dapat memahami dan mengingat akan suatu hal dengan baik dan cepat.

Beberapa anak cenderung memiliki kebiasaan-kebiasaan dari kecil. Kebiasaan baik ataupun buruk. Terdapat beberapa kebiasaan buruk anak yang dapat mengganggu kesehatan gigi dan mulut seperti menghisap jempol. Meskipun nampaknya sepele, hal ini sangat perlu diperhatikan karena akan berdampak pada perkembangan gigi anak. Peran orang tua sangat diperlukan dalam penanganan kebiasaan buruk anak tersebut.

2.3 Medically Compromised

2.3.1 Definisi *Medically Compromised*

Istilah *Medically Compromised* biasanya digunakan untuk seseorang dengan kondisi medis ataupun perawatan medis yang rentan terhadap komplikasi dan infeksi yang serius. Sehingga, dalam melakukan suatu perawatan misalnya perawatan gigi, kondisi pasien dengan *medically compromised* harus dikompromikan terlebih dahulu pada dokter yang menangani kondisi medisnya, untuk menghindari terjadinya komplikasi pasca dan selama perawatan dilakukan. Istilah *medically compromised children* kini telah berubah dengan istilah yang lebih umum yaitu '*children with special needs*'.¹⁴

2.3.2 Macam-macam *Medically Compromised*

2.3.2.1 Penyakit Kardiovaskular

Penyakit jantung merupakan jenis penyakit yang sangat sering dijumpai didunia dan menyerang semua kalangan usia. Pada penelitian oleh Bhateja S. (2010) prevalensi anak yang datang berkunjung ke dokter gigi dengan mengalami penyakit jantung yaitu sebesar 57,87 %. Penyakit kardiovaskular pada anak secara garis besar dibagi menjadi dua macam, yaitu penyakit jantung bawaan (kongenital) dan penyakit jantung yang didapat.¹⁵

a) Penyakit Jantung Bawaan (Kongenital)

Penyakit jantung bawaan adalah cacat jantung yang dibawa sejak lahir, dan merupakan cacat bawaan yang paling sering menyebabkan kematian. Pembentukan jantung terjadi pada awal pembuahan. Pada saat proses pembentukan dan pertumbuhan jantung semasa dalam kandungan, kemungkinan terjadi gangguan sehingga proses pembentukan jantung menjadi kurang sempurna. Hal inilah yang mengakibatkan pada saat kelahiran, anak akan mengalami kelainan pada jantung. Gangguan pertumbuhan jantung pada janin ini terjadi pada usia tiga bulan awal kehamilan, karena jantung akan terbentuk sempurna pada saat janin berusia 4 bulan.¹⁶

Penyakit jantung bawaan ini merupakan penyakit yang sering terjadi pada anak-anak dengan angka kejadian berkisar 8 hingga 10 dari 1000 kelahiran.⁴ 40% diantaranya telah menunjukkan gejala pada minggu awal kelahiran. Etiologi dari penyakit ini masih kurang meyakinkan, namun ada beberapa faktor yang dianggap berpotensi sebagai penyebab yaitu faktor genetik, maternal, dan lingkungan yang saling berkolaborasi. Infeksi virus, obat-obatan yang dikonsumsi serta paparan radiasi pada ibu hamil juga diduga sebagai faktor penyebab. Pada kasus kelainan kromosom seperti Down Syndrome (trisomi 21), Edwards Syndrome (trisomi 18), Patau Syndrome (trisomi 13) ditemukan berbagai macam kelainan bawaan, dan penyakit jantung merupakan salah satunya.^{15,16}

Resiko yang dapat timbul ketika perawatan gigi dilakukan pada anak dengan penyakit jantung bawaan diantaranya penyakit katup jantung seperti infeksi endocarditis, perdarahan, dan memperburuk keadaan anak secara umum, sehingga pada pasien ini sangat perlu perhatian khusus dari dokter gigi dan protokol pencegahan penyakit gigi dan mulut harus dilakukan sedini mungkin.^{17,18} Penyakit jantung bawaan terbagi atas dua yaitu penyakit jantung bawaan sianotik dan non-sianotik. Penyakit jantung bawaan sianotik mengalami kelainan struktur dan fungsi jantung yang sedemikian rupa, sehingga aliran darah ke paru menjadi tidak normal. Entah itu bertambah, ataupun berkurang. Penyakit jantung bawaan asianotik atau non sianotik umumnya memiliki kelainan yang lebih sederhana dan tunggal dibanding dengan tipe sianotik yang biasanya memiliki kelainan struktur jantung lebih kompleks dan bervariasi.^{14,16}

Manifestasi oral penyakit jantung bawaan

Beberapa obat-obatan untuk penyakit jantung mengandung 30% sukrosa dan mengarah ke peningkatan konsumsi karbohidrat yang berpotensi timbulnya karies pada gigi. Anak dengan penyakit jantung bawaan memiliki prevalensi yang tinggi terhadap kelainan pada struktur enamel gigi seperti hipoplasia enamel, sehingga resiko terkena ECC (early childhood caries) tinggi.^{14,18} Pada pasien ini juga mudah dan sering mengalami penyakit periodontal serta mudah terjadi peradangan dan pendarahan.

Tidak jarang pula, kondisi maloklusi ditemukan pada anak dengan penyakit jantung bawaan. Seperti crossbite, open bite gigi anterior, dan maloklusi kelas III. Mikrodontia dan hipodontia juga terkadang dijumpai. Dan biasanya pertumbuhan gigi menjadi terhambat. Pada pasien penyakit jantung bawaan sianotik biasa akan nampak warna kebiruan pada lidah, gusi, dan mukosa bukal.¹⁹



Gambar 2.1 A Tampilan intra oral anak down syndrome dengan penyakit jantung sianotik. Gambaran sianotik dapat dilihat dari jaringan gingiva. Oral hygiene baik dan tidak ada karies.

b) Penyakit Jantung Rematik

Penyakit jantung yang didapat merupakan jenis penyakit jantung yang diperoleh setelah kelahiran anak. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor yaitu genetik, jenis kelamin, status ekonomi, hygiene yang buruk, usia dan sbg. Yang termasuk dalam penyakit jantung didapat ialah penyakit jantung rematik. Penyakit jantung rematik merupakan suatu peradangan

jantung yang dipicu oleh reaksi autoimun terhadap infeksi streptokokus beta hemolitikus grup A (SBHGA). Jenis penyakit ini merupakan jenis penyakit jantung didapat yang paling banyak dijumpai pada populasi anak-anak dan dewasa muda, sering dijumpai pada anak usia sekolah kisaran 6 – 15 tahun.

Penyakit jantung rematik merupakan komplikasi serius dari demam rematik. Proses rematik ini merupakan reaksi peradangan yang dapat mengenai banyak organ tubuh, terutama jantung, sendi dan sistem saraf pusat. Bakteri streptokokus pyogenes (SBHGA) merupakan jenis bakteri gram positif yang sering berkolonisasi dikulit dan faring. Organisme ini dapat menyebabkan penyakit supuratif misalnya, faringitis, impetigo, selulitis, miositis, dan penyakit non supuratif misalnya demam rematik. Invasi SBHGA pada faring menghasilkan respon inflamasi akut yang berlangsung 3-5 hari ditandai dengan demam, nyeri tenggorokan, malaise, pusing dan leukositosis.

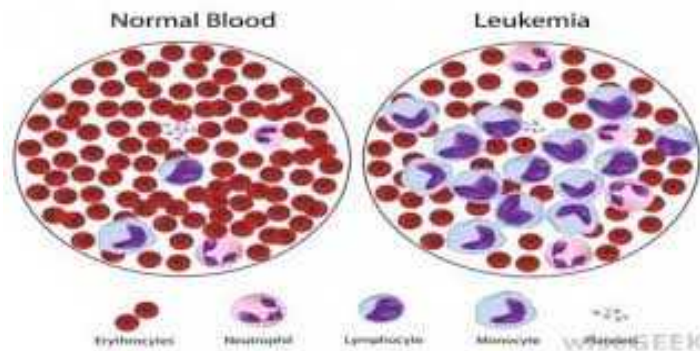


Gambar 2.1 B Manifestasi bakteri streptokokus pada tonsil penderita jantung rematik.

Faringitis merupakan gejala awal timbulnya demam rematik yang kemudian dapat berkembang menjadi penyakit jantung rematik. Hanya faringitis SBHGA sajalah yang dapat mengakibatkan atau mengaktifkan kembali demam rematik. Organ yang diserang umumnya yaitu jantung, sendi-sendi besar, otak, kulit, dan jaringan subkutan. Penyakit jantung rematik akut dapat mengakibatkan pankarditis yang meliputi endokarditis, miokarditis, dan perikarditis.^{16,20}

2.3.2.2 Leukemia

Leukemia berasal dari bahasa Yunani yaitu *leukos* yang berarti putih dan *aima* yang berarti darah. Leukemia merupakan jenis gangguan hematologik yang disebabkan oleh proliferasi jaringan sel darah putih sehingga sirkulasi sel darah putih menjadi meningkat atau abnormal. Leukemia merupakan jenis penyakit kanker darah yang dapat menyerang berbagai kalangan usia, khususnya pada anak-anak.²¹ Bahkan, sepertiga kematian anak yang berusia dibawah 15 tahun disebabkan oleh penyakit ini.¹⁴ Di Indonesia anak-anak yang menderita leukemia mencapai 60 % bahkan baru didiagnosa setelah memasuki stadium lanjut, hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan orang tua akan gejala yang timbul.²²



Gambar 2.2 Perbandingan sel darah merah normal dan sel darah leukemia

Penyebab leukemia belum diketahui secara pasti, namun beberapa faktor yang mempengaruhi frekuensi leukimia diantaranya, paparan radiasi, faktor leukemogenik yaitu berupa racun lingkungan seperti benzena, dan virus.²¹ Di Amerika, diantara jenis-jenis leukemia, leukemia limfoblastik akut berkontribusi 76% dari semua kasus leukemia dan juga pasien anak dengan jenis leukemia ini mengalami kematian sebesar 43%.²³

Leukemia limfoblastik akut merupakan jenis leukemia yang paling sering terjadi pada anak, sebesar 80-85 %. Tanda-tanda awal anak dengan leukemia adalah anak sering kelelahan dan kehilangan berat badan, serta anak juga akan mengalami anemia dan infeksi dengan jangka waktu yang sulit dijelaskan. Tipe leukemia ini bisa saja disebabkan oleh faktor imunologik, dan juga kombinasi dari virus genetik.¹⁴

Manifestasi Oral Leukemia

Tanda dan gejala awal dari leukemia dapat muncul dari rongga mulut. Pasien dengan leukemia biasanya mengalami ulser, terjadi

perdarahan dan pembesaran pada gingiva (*gingival overgrowth*). Dan juga pada membran mukosa akan nampak ekimosis dan petekia. Petekia merupakan bintik-bintik kecil berwarna merah atau ungu yang umumnya berukuran kurang dari 3 mm sedangkan ekimosis berukuran lebih besar.

Pengobatan dari leukemia seperti terapi radiasi juga dapat berdampak pada komplikasi rongga mulut seperti, mukositis, deskuamasi pada kulit, xerostomia sehingga mengakibatkan halitosis (bau mulut), ulser pada mukosa dan gingiva, candidiasis, trismus, berkurangnya fungsi pengecapian dsb. Berbagai faktor yang berpotensi dapat mengembangkan komplikasi dalam rongga mulut diantaranya faktor usia, faktor nutrisi, dan faktor oral hygiene.^{22,24}



Gambar A

Gambar B

Gambar 2.2 A Tampak beberapa ekimosis pada permukaan dorsal lidah pada anak perempuan berusia 10 tahun dengan leukemia limfositik akut. **Gambar 2.2 B** Terjadi pembesaran gingiva pada pasien leukemia.^{21,24}

2.3.2.3 Talasemia

Talasemia merupakan jenis kelainan genetik yang dianggap umum dan paling sering terjadi di dunia. Berdasarkan data dari WHO (World Health Organization) mengatakan bahwa 250 juta penduduk dunia (4,5%) membawa genetik Thalasiaemia. Talasemia adalah suatu penyakit kelainan darah resesif autosom (bersifat genetik) dimana tubuh akan menghasilkan kadar hemoglobin yang abnormal. Hemoglobin merupakan protein dalam sel darah merah yang membawa oksigen untuk tubuh. Hb ini terdiri atas 4 rantai protein, 2 globin dan 2 globin yang diatur dalam heterotetramer.

Pada talasemia, terjadi kerusakan DNA yang akan menyebabkan ketidakseimbangan dari keempat rantai protein dalam hemoglobin, sehingga dapat menyebabkan pasien mengalami anemia. Secara garis besar, thalassemia terbagi atas 2 tipe, yaitu α -thalasemia dan β -thalasemia. α -thalasemia terjadi ketika gen yang berhubungan dengan globin protein hilang atau mengalami mutasi, sedangkan β -thalasemia terjadi ketika adanya cacat gen yang berdampak terhadap produksi protein globin. Masing-masing dari kedua tipe thalasemia tersebut memiliki bentuk lain, yaitu thalasemia mayor dan thalasemia minor.

Yang dimaksud dengan thalasemia mayor yaitu ketika kelainan darah resesif autosom diturunkan oleh kedua orang tua penderita, sedangkan thalasemia minor diturunkan oleh hanya salah satu gen orang tua. Anak yang lahir dengan thalasemia mayor pada awal kelahiran akan terlihat normal,

namun pada tahun pertama akan berkembang mengalami anemia yang parah dan akan terlihat gejala lainnya seperti pucat, sering kelelahan, gangguan pertumbuhan, gangguan pernafasan, kulit nampak kuning, demam yang berulang, dan perlahan perut akan membesar akibat dari terjadinya pembengkakan pada limfe.²⁶

Sedangkan, thalasemia minor hanya mengalami sedikit penurunan hemoglobin dan biasanya gejala sistemik tidak muncul. Seseorang dengan thalasemia mayor akan membutuhkan transfusi darah sepanjang hidupnya, berbeda dengan thalasemia minor yang sifatnya lebih ringan. Tanda dan gejala yang parah dapat ditemukan pada pasien dengan jenis penyakit tipe - thalasemia mayor atau yang biasa disebut dengan *Cooley's Anemia* atau *Mediterranean anemia*.²⁶

Manifestasi oral talasemia

Selain berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan anak, thalasemia juga berdampak pada rongga mulut seseorang. Manifestasi oral yang paling umum dijumpai pada pasien thalasemia ialah maloklusi. Kasus yang paling sering ditemukan yaitu maloklusi berat kelas II divisi I. Tidak hanya itu, sebuah penelitian yang dilakukan oleh Hattab pada tahun 2012 mendapatkan prevalensi gingivitis parah (perdarahan spontan) pada pasien anak thalasemia sebesar 8.3 % dan hanya 7,8% yang tidak menunjukkan gejala gingivitis. Sisanya mengalami gingivitis ringan hingga sedang. Migrasi pada gigi juga biasa ditemukan pada pasien thalasemia khususnya regio anterior.²⁶



Figure 1. Malocclusion in thalassemic patients



Figure 2. Malocclusion in thalassemic patients

Gambar 2.3 A Maloklusi pada pasien anak talasemia

Kaplan dkk melaporkan 32 % anak dengan thalasemia mengalami gingivitis dan 10 % memiliki poket periodontal yang cukup dalam. Pada pasien talasemia juga terjadi perubahan-perubahan ekspresi orofasial dan deformitas kraniofasial. Tulang rahang yang abnormal akan menghasilkan hipertropi dan pembesaran, salah satunya pembesaran pada maksila dan lengkung rahang. Hal inilah yang menghasilkan maloklusi dengan jarak overjet, overbite dan openbite yang besar pada pasien thalasemia.



Gambar 2.3 B Anak yang mengalami -thalasemia mayor. Dengan karakteristik pipi yang menggembung, hidung pesek, dan maloklusi yang sangat nampak.

Pasien dengan thalasemia mayor memiliki resiko karies yang tinggi, infeksi rongga mulut dan bakteremia. Kemungkinan terjadinya perubahan warna pada mukosa dan gigi bukanlah hal yang jarang dijumpai. Pada gingiva, biasanya akan nampak pucat ketika hemoglobin pasien menurun, dan juga warna gingiva bisa berubah menjadi lebih gelap akibat kadar ferritin yang tinggi dalam darah. Hal ini terjadi akibat kondisi anemia. Tak jarang pula ditemukan lidah yang besar (makroglosi) akibat dari perubahan rahang. Seseorang dengan -thalasemia minor / thalasemia trait biasanya memiliki manifestasi oral yang lebih spesifik. Seperti, merasakan sensasi terbakar pada mukosa, mulut kering, kehilangan fungsi pengecapan, pembesaran pada lidah, recurrent aphtous ulcerations (RAU), oral linchen planus (OLP), dsb.^{25,26}

2.3.2.4 Gangguan Ginjal

Ginjal merupakan organ vital yang berfungsi menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh. Secara umum, kebanyakan orang mengetahui gangguan ginjal hanya terjadi pada orang dewasa, dan tidak pada anak-anak. Ginjal mempunyai bagian penting yang mengatur fungsi ginjal yaitu nefron. Gangguan pada ginjal diklasifikasikan menjadi akut, kronik, acquired dan kongenital.¹⁴ Penyakit ginjal khususnya pada anak-anak memiliki tanda dan gejala spesifik yang berkaitan dengan saluran kemih.

Diagnosis dan penanganan secara dini sangatlah penting dalam mencegah terjadinya gagal ginjal. Gangguan ginjal pada anak ditandai dengan adanya kegagalan dalam proses tumbuh kembang, demam, anemia, gejala

gastrointestinal, adanya nyeri samar-samar, pucat, hipertensi, abnormal pada retina, sakit pada pinggang, dsb. Anemia, kegagalan pertumbuhan, hipertensi, dan abnormal pada retina merupakan gejala dari gangguan ginjal kronis.²⁷

a. Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit ginjal kronis mengacu kepada kerusakan ginjal yang sifatnya irreversibel dan akan berlanjut ke tahap akhir penyakit ginjal (*End-Stage Renal Disease*).²⁸ Pada umumnya akan berakhir dengan gagal ginjal. Di Amerika Serikat, data tahun 1995-1999 menyatakan insiden penyakit ini diperkirakan 100 kasus perjuta penduduk pertahun, dan angka akan meningkat 8% setiap tahunnya. Di negara-negara berkembang lainnya, insiden ini diperkirakan sekitar 40-60 kasus perjuta penduduk pertahun.

Etiologi penyakit ginjal kronik ini sangat beragam antar satu negara dengan negara lainnya. Namun secara umum, penyakit ini bisa disebabkan oleh penyakit bawaan, contohnya diabetes melitus dengan insidensi tipe 1 yaitu sebanyak 7 % dan tipe 2 sebanyak 37%. Gejala seseorang dengan penyakit ini hampir sama dengan gejala-gejala penyakit ginjal lainnya yaitu, kelainan pada saluran kemih, hipertensi, hiperurikemi, lemah, anoreksia, mual muntah, kelebihan volume cairan, dsb.¹⁴

b. Penyakit Ginjal Akut

Penyakit ginjal akut (*Acute Kidney Injury*) merupakan suatu kondisi yang memerlukan dialisis, angka kejadian mortalitas dari penyakit ini tinggi yaitu melebihi 50 %. William Heberden pada tahun 1802 memberi istilah untuk jenis penyakit ini yaitu *ischuria renalis*. Di negara maju jenis penyakit

ini terjadi pada orang dewasa khususnya pada lansia. Namun, dinegara berkembang penyakit ini dijumpai pada orang muda bahkan anak-anak, misalnya karena malaria dan gastroenteritis akut.

Dalam melakukan anamnesa, harus bisa membedakan gangguan ginjal akut dan ganggun ginjal kronis. Untuk gejala anemia dan ukuran ginjal yang kecil maka hal itu menunjukkan kondisi kronis. Sedangkan pada kondisi akut biasanya akan timbul edema bahkan terjadi kelebihan air dalam tubuh atau edema paru. Hal ini disebabkan berkurangnya fungsi ginjal ekskresi air dan garam.^{14,27}

c. Sindrom Nefrotik

Gangguan ginjal kronis dan gagal ginjal telah diakui sebagai masalah medis yang dianggap fatal. Berbagai faktor yang dapat menyebabkan gagal ginjal pada anak, dan sindrom nefrotik merupakan salah satunya. Sindrom nefrotik merupakan kondisi medis yang ditandai dengan adanya pembengkakan, kadar protein dalam urin dengan jumlah besar (biasanya tidak kurang dari 3.5 g/dl, hiperlipidemia, hypoproteinaemia, penurunan protein dalam darah serta kadar kolestrol yang tinggi. Hal ini menunjukkan kerusakan pada glomerulus dan gangguan fungsi yang serius.

Sindrom nefrotik ini merupakan gangguan ginjal yang biasa hadir pada anak-anak dan bisa menyerang segala usia. Laju filtrai glomerulus (GFR) merupakan indeks umum yang digunakan untuk mengetahui kerja fungsi ginjal dan kisaran normalnya yaitu 100-130. Untuk orang dengan masalah ginjal, semakin tinggi GFR maka semakin baik fungsi ginjal. Sindrom nefrotik ini

mungkin memiliki penyebab yang berbeda tergantung pada usia seseorang yang terkena.

Sindrom nefrotik dapat disebabkan oleh Glomerulonefritis primer dan sekunder akibat infeksi, keganasan, penyakit jaringan ikat, obat atau toksin, dan penyakit sistemik. 30% Penyebab SN pada orang dewasa dihubungkan dengan penyakit sistemik seperti diabetes mellitus dan amiloidosis. Penyebab lain disebabkan oleh kelainan primer pada ginjal seperti kelainan lesi minimal, glomerulosklerosis fokal segmental, dan nefropati membranosa. Glomerulosklerosis lesi minimal ditemukan sekitar 90% pada anak dengan sindrom nefrotik usia dibawah 10 tahun.

Manifestasi Oral Gangguan Ginjal

Fungsi ginjal yang tidak berjalan dengan semestinya dapat menghasilkan beberapa manifestasi oral diantaranya uremik stomatitis, adanya ulser, stain pada gigi, hipoplasia dan hipokalsifikasi pada enamel, dan ciri khas yang paling sering terjadi pada anak-anak yaitu keterhambatan pertumbuhan gigi. Lesi *lytic* pada maksila dan mandibula atau biasa yang disebut dengan *Brown's Tumour* dapat ditemukan di pasien dengan gagal ginjal pada saat pemeriksaan radiografi dilakukan. ¹⁴



Gambar 2.4 A Osteodystrophy ginjal pada anak dengan gagal ginjal tahap akhir. Telah terjadi perluasan maksila dalam upaya menghasilkan sel darah merah akibat kegagalan eritropoiesis. Hal ini serupa dengan manifestasi penyakit -Thalasemia. **Gambar 2.4 B** terjadi pertumbuhan berlebih pada gingiva karena perawatan ciclosporin setelah melakukan transplantasi ginjal. Gigi juga mengalami hipoplasi dan kecil akibat penyakit ginjal yang diderita oleh anak.¹⁴

Pada rongga mulut seseorang dengan gangguan ginjal biasanya terjadi peningkatan akumulasi plak. Hal ini dibuktikan pada sebuah penelitian yang dilakukan pada tahun 2009 yang mengatakan 71 dari 77 orang dengan penyakit ginjal mengalami periodontitis berat sedangkan sisanya mengalami periodontitis ringan.²⁹ Pada sebuah penelitian di tahun 2012 juga melaporkan lebih dari 30 tanda dan gejala oral pada pasien dengan gagal ginjal kronis, diantaranya kalkulus dan kadar urea yang tinggi dalam konsentrasi saliva.

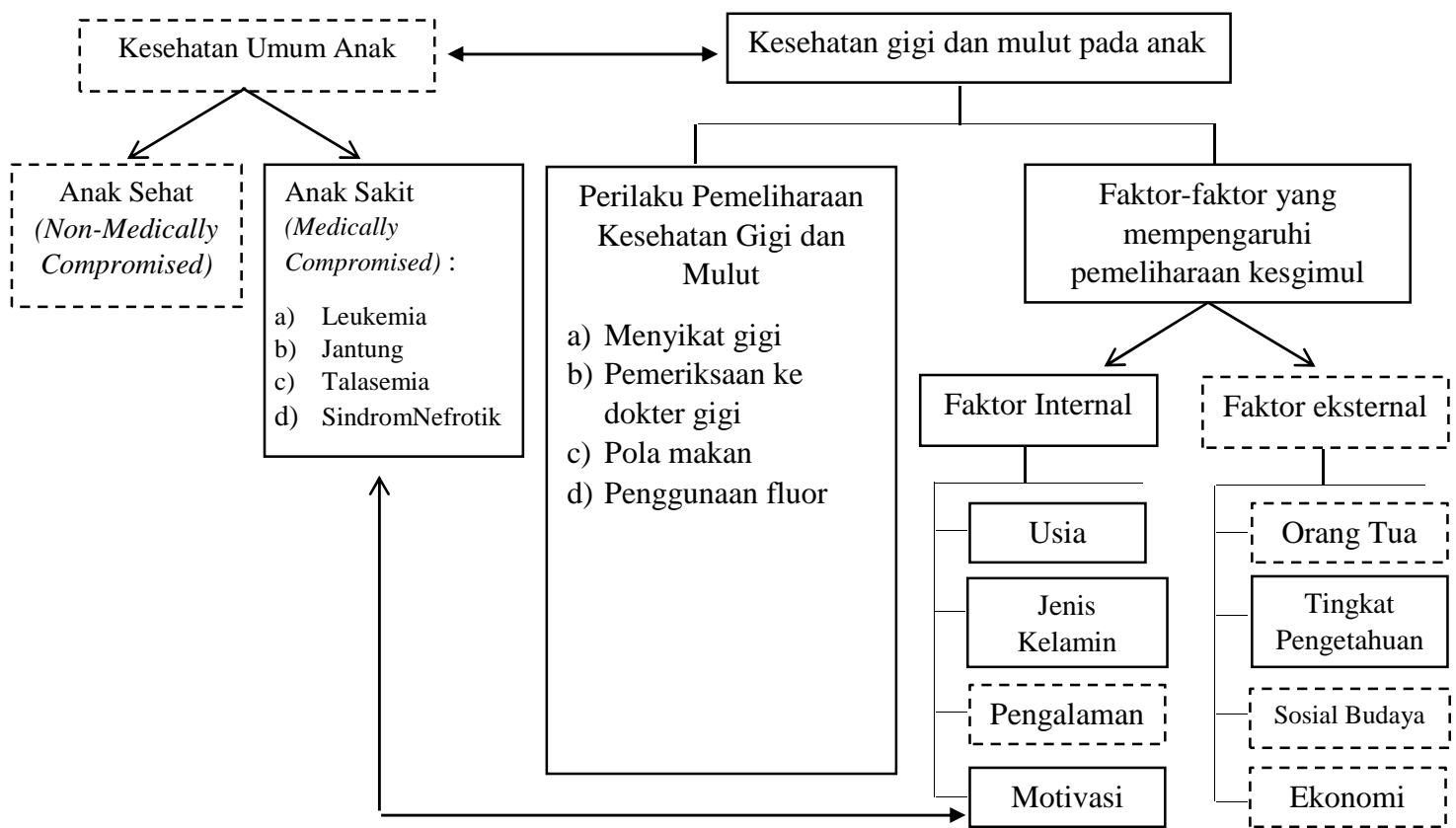
Pada kondisi ini juga ditemukan mulut kering (*dry mouth*) sebanyak 91%, mukosa pucat sebanyak 87%, perubahan terhadap indera pengecap sebanyak 42%, dan halitosis 34%. Adapun tanda dan gejala lainnya seperti hiperplasia gingiva, lesi radiolusen pada maksila dan mandibula, prevalensi

karies rendah, erosi pada gigi, hilangnya lamina dura, peka terhadap perkusi, tak jarang juga terjadi perdarahan pada gingiva.³⁰

BAB III

KERANGKA TEORI DAN KONSEP

3.1 Kerangka teori



Keterangan :

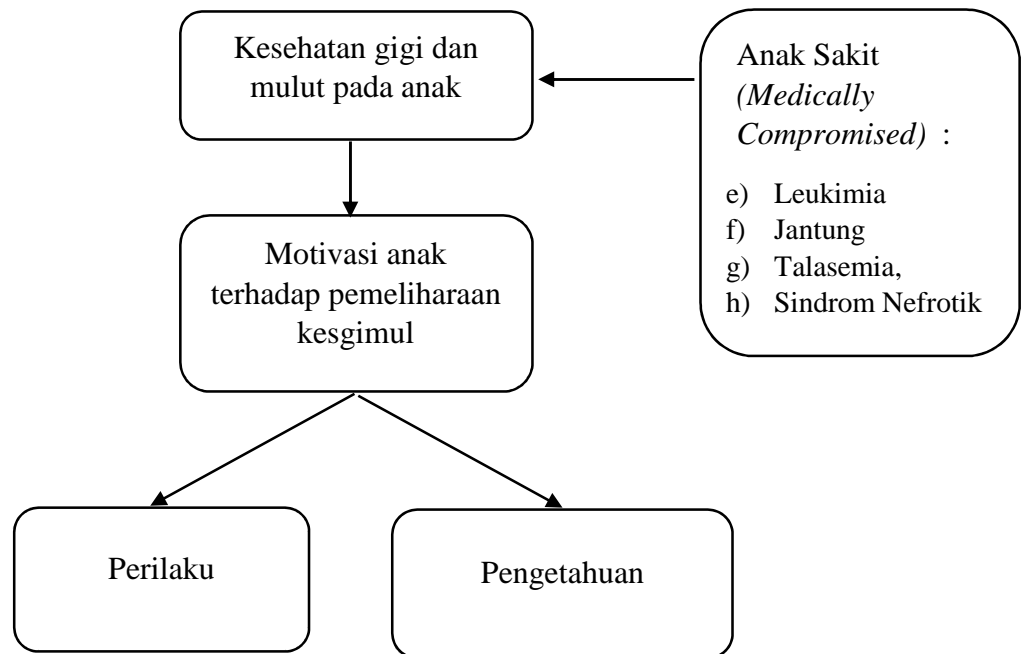


: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

3.2 Kerangka konsep

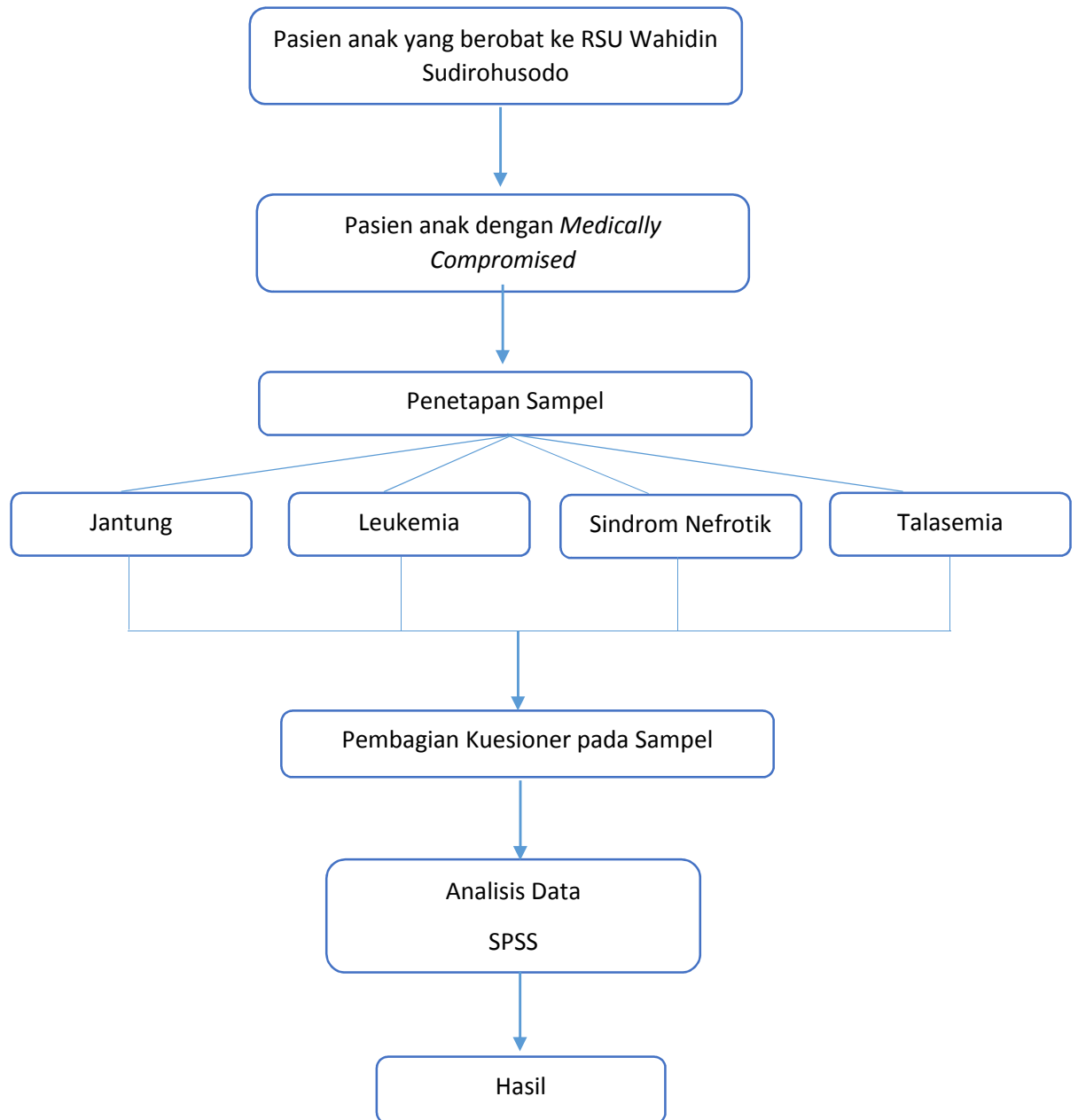


Keterangan :

Variabel Independen : Motivasi anak *medically compromised*

Variabel Dependen : Pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut

3.4 Alur Penelitian



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah Observasional Analitik dengan rancangan *Cross-Sectional Study*. Setiap subyek penelitian hanya dilakukan sekali saja lalu kemudian diamati pada waktu yang sama.

4.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam 2 tahap :

1. Tahap awal yaitu melakukan survei dan penelitian awal mengenai jenis penyakit terbanyak pada anak dengan *medically compromised* yang sedang menerima perawatan di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo bulan Juli-Agustus tahun 2016
1. Tahap kedua yaitu melakukan penelitian pada anak-anak *medically compromised* yang sedang menerima perawatan dengan jenis penyakit jantung, leukemia, talasemia, dan sindrom nefrotik di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo pada bulan Agustus-September tahun 2016

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo yang berada di Kota Makassar.

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian adalah semua pasien anak dengan *medically compromised* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar pada periode Agustus-September tahun 2016 yang memenuhi kriteria.

Sampel penelitian adalah pasien anak dengan *medically compromised* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar pada periode Agustus-September tahun 2016 yang berusia 5-16 tahun.

4.5 Kriteria Sampel

a. Kriteria Inklusi

1. Anak *medically compromised* yang berkunjung ke Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusodo
2. Bersedia mengisi kuisioner
3. Anak yang berusia 5 – 16 tahun

b. Kriteria Eksklusi

Anak yang tidak kooperatif

4.6 Metode Sampling

Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *accidental sampling*, karena penelitian ini menggunakan total populasi anak yang berkunjung ke lokasi penelitian (RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo) selama waktu penelitian yang telah ditentukan.

4.7 Variabel Penelitian

- a) Variabel Independen : Anak dengan *Medically Compromised*
- b) Variabel Dependen : Motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut

4.8 Definisi Operasional

- a) Anak dengan *medically compromised* merupakan populasi dalam penelitian ini, yaitu anak yang memiliki beberapa kelainan atau kondisi yang harus dikompromikan oleh beberapa dokter sebelum dilakukan suatu tindakan yang berhubungan dengan penyakitnya. Dalam penelitian ini yaitu semua pasien anak penderita jantung, leukemia, sindrom nefrotik, dan talasemia yang berada di RSUP Wahidin Sudirohusodo periode Agustus-September 2016 Kota Makassar.
- b) Motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut merupakan dorongan dari dalam diri seseorang untuk berperilaku dalam mengobati ataupun mencegah terjadinya kerusakan pada gigi beserta jaringan disekitarnya serta untuk menghindari timbulnya berbagai penyakit dalam rongga mulut. Motivasi

biasanya berawal dari pengetahuan seseorang terhadap sesuatu, kemudian motivasi tersebut yang akan mendasari sebuah perilaku.

4.9 Alat dan Bahan

Pada penelitian ini menggunakan alat berupa kertas kuesioner dan alat tulis. Dalam hal ini, kuesioner berisi daftar pertanyaan yang terperinci. Kuesioner juga digunakan sebagai alat pengumpulan data untuk memperoleh suatu data yang sesuai dengan tujuan penelitian.

4.10 Prosedur Penelitian

1. Peneliti memperkenalkan diri dan memberi salam
2. Peneliti membagikan lebaran kuesioner kepada pasien anak *medically compromised* yang berkunjung ke RSUD Wahidin Sudirohusodo pada saat penelitian dilakukan
3. Peneliti memantau jalannya pengisian kuesioner
4. Peneliti mengumpulkan lembaran kuesioner
5. Peneliti melakukan analisis data
6. Peneliti menetapkan motivasi anak *medical compromised* terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut

4.11 Analisis Data

4.12.1 Jenis Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer.

4.12.2 Penyajian Data

Penyajian data dalam bentuk tabel, grafik, dan uraian

4.12.3 Pengolahan Data

Menggunakan *SPSS 24.0*

4.13 Hipotesa Penelitian

1. Adanya hubungan antara motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* yang datang berkunjung ke Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo terhadap jenis diagnosa penyakit
2. Adanya hubungan antara tingkat rujukan ke dokter gigi pada anak *medically compromised* yang datang berkunjung ke Rumah Sakit Umum Pusat Wahidin Sudirohusodo terhadap jenis diagnosa penyakit

BAB V

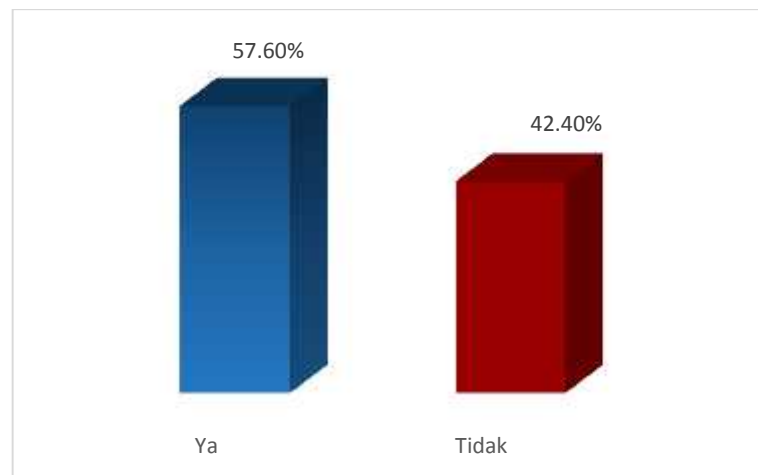
HASIL PENELITIAN

Selama waktu penelitian yang telah ditentukan, dan berdasarkan kriteria penelitian, diperoleh responden sejumlah 99 anak dengan *Medically Compromised* yang diantaranya Jantung, Leukimia, Talasemia dan Sindrom Nefrotik. Penelitian ini bersifat Observasional Analitik dengan rancangan *Cross-Sectional Study*. Setelah penelitian dilakukan, maka diperoleh data hasil penelitian yang disajikan pada tabel berikut ini.

Tabel 5.1. Distribusi anak *medically compromised* yang sedang menjalani perawatan medis di RSUP Wahidin Sudirohusodo Periode Agustus – September tahun 2016 berdasarkan jenis kelamin, usia, dan diagnosa penyakit.

Distribusi	Jumlah Pasien	
	Frekuensi (n)	Persen (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	49	49.5%
Perempuan	50	50.5%
Usia		
5 tahun	8	8.1%
6 – 11 tahun	55	55.6%
12 – 16 tahun	36	36.4%
Diagnosa penyakit		
Jantung	40	40.4 %
Sindrom Nefrotik	19	19.2%
Leukemia	31	31.3%
Talasemia	9	9.1%
Total	99	100

Anak perempuan yang sedang menjalani perawatan medis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo lebih banyak (50,5%) dibanding anak laki-laki (49,5%). Pada data tersebut juga diperlihatkan anak usia 6 – 11 tahun memiliki persentase terbesar 55.6% yang berarti 55 dari 99 anak yang datang berkunjung. Anak dengan diagnosa penyakit jantung merupakan penyakit terbanyak pada anak yang ditemui di RSUP Wahidin Sudirohusodo dengan persentase sebesar 40.4 % dari populasi yaitu sejumlah 44 dari 99 anak. Sedangkan persentase terendah yaitu pada anak dengan diagnosa penyakit talasemia dengan persentase sebesar 9.1 % dari populasi. (Lihat pada tabel 5.1)



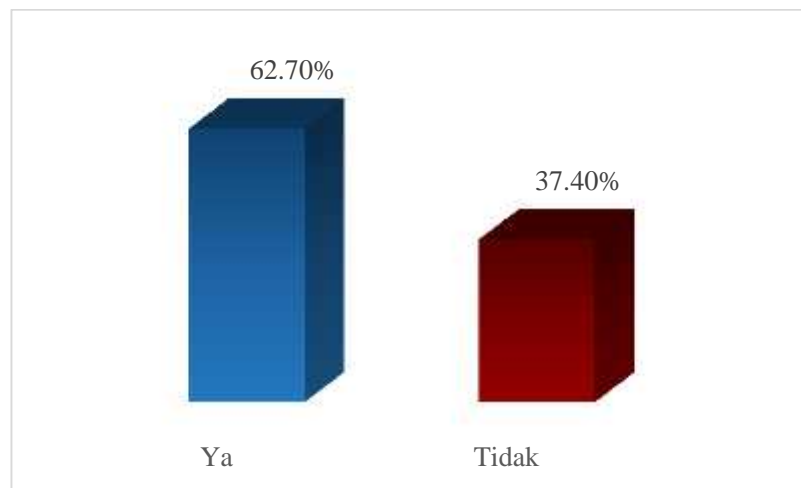
Gambar 5.1. Grafik distribusi anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo yang memiliki dokter gigi pribadi.

Sebanyak 57 anak *medically compromised* dengan persentase sebesar 57.6 % memiliki dokter gigi pribadi atau dokter gigi yang biasa di kunjungi. Dan sebanyak 42 anak dengan persentase sebesar 42,40% tidak memiliki dokter gigi pribadi atau dokter gigi yang biasa di kunjungi. (Lihat pada gambar 5.1)

Tabel 5.2. Hubungan antara anak yang memiliki dokter gigi pribadi dengan jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo

Penyakit	Jumlah Pasien				Nilai p
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Jantung	22	55.0	18	45.0	0.819
Sindrom Nefrotik	10	52.6	9	47.4	
Leukimia	20	64.5	11	35.5	
Talasemia	5	55.6	4	44.4	

Anak dengan diagnosa penyakit leukemia memiliki persentase tertinggi yang memiliki dokter gigi pribadi (64,5%) kemudian diikuti oleh anak dengan diagnosa penyakit talasemia (55,6%). Sedangkan untuk yang tidak memiliki dokter gigi pribadi, anak dengan diagnosa sindrom nefrotik memiliki persentase tertinggi (47,4%) yang kemudian diikuti oleh anak dengan diagnosa penyakit jantung (55,0%). Dari hasil uji data yang telah dilakukan yaitu uji *Pearson-Chi Square* diperoleh nilai $p = 0.819$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara anak yang memiliki dokter gigi pribadi dengan jenis diagnosa penyakit pada anak yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo. (Lihat pada tabel 5.2)



Gambar 5.2. Distribusi anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo yang dirujuk ke dokter gigi.

Sebanyak 62 anak dengan persentase sebesar 62.7 % dirujuk ke dokter gigi oleh dokter yang menangani kondisi medisnya. (Lihat gambar 5.2)

Tabel 5.3. Hubungan antara anak yang dirujuk ke dokter gigi dengan jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised* di RSUP Wahdin Sudirohusodo

Penyakit	Jumlah Pasien				Nilai p
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Jantung	39	88,9	1	11,1	0.005
Sindrom Nefrotik	7	36.9	12	63.5	
Leukemia	26	83.9	5	16.1	
Talasemia	5	52,5	4	47,5	

Anak dengan penyakit jantung memiliki persentase tertinggi yang dirujuk ke dokter gigi (88,9%), kemudian diikuti oleh anak dengan diagnosa leukemia (83,9%).

Berdasarkan hasil uji data yang telah dilakukan yaitu uji pearson chi-square diperoleh nilai $p = 0.005$ ($p < 0.05$) yang berarti ada hubungan yang signifikan antara anak yang dirujuk ke dokter gigi dan anak jenis diagnosa penyakit anak yang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo. (Lihat pada tabel 5.3)



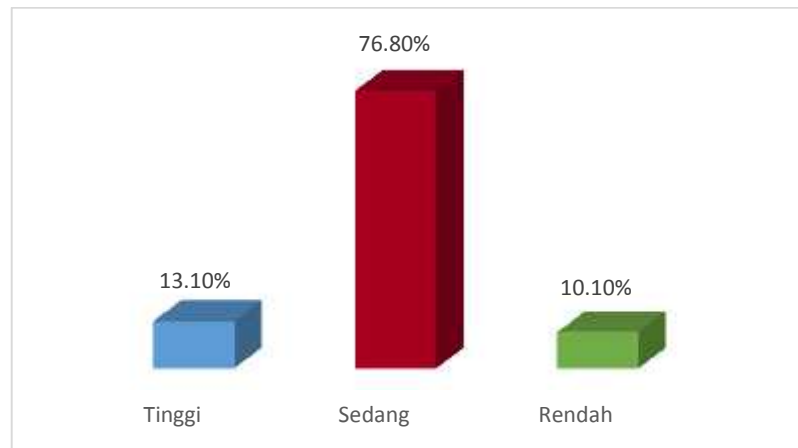
Gambar 5.3. Grafik distribusi tingkat perilaku kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo

Sebanyak 63 anak dengan persentase sebesar 63.6 % memiliki perilaku kesehatan gigi kategori sedang, sebanyak 19 anak dengan persentase sebesar 19.2 % memiliki perilaku kesehatan gigi kategori buruk, dan juga pada tabel memperlihatkan bahwa sebanyak 17 anak dengan persentase sebesar 17.2 % memiliki perilaku kesehatan gigi kategori baik. (Lihat pada gambar 5.3)

Tabel 5.4. Hubungan antara perilaku kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo

Penyakit	Perilaku						Nilai p
	Tinggi		Sedang		Rendah		
	n	%	n	%	n	%	
Jantung	8	20.0	28	70.0	4	10.0	0.034
Sindrom Nefrotik	8	42.1	8	42.1	3	15.8	
Leukimia	2	6.5	21	67.7	8	25.8	
Thalasemia	1	11.1	5	55.6	3	33.3	

Anak dengan diagnosa Sindrom nefrotik memiliki tingkat perilaku kategori tertinggi dengan persentase sebesar 42,1%. Kemudian diikuti dengan diagnosa penyakit jantung sebesar 20.0%. Untuk kategori tingkat perilaku sedang, anak dengan diagnosa penyakit jantung memiliki persentase tertinggi sebesar 70.0%, kemudian diikuti dengan anak diagnosa penyakit leukemia dengan persentase sebesar 67,7%. Sedangkan untuk kategori tingkat perilaku rendah, diperoleh pada anak diagnosa penyakit talasemia dengan persentase sebesar 33,3%, kemudian diikuti anak dengan diagnosa penyakit leukemia persentase sebesar 25,8%. Dari hasil uji data yang dilakukan yaitu *Pearson Chi-Square*, diperoleh nilai $p = 0,034$ ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tingkat perilaku kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak yang datang berkunjung ke RSUP Wahidin Sudirohusodo. (Lihat pada tabel 5.5)



Gambar 5.4. Distribusi tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo periode

Sebesar 76,8% anak memiliki tingkat pengetahuan kesehatan gigi kategori sedang, sebesar 13,1 anak memiliki tingkat pengetahuan kategori tinggi, dan 10,1% anak memiliki tingkat pengetahuan kategori rendah. (Lihat pada gambar 5.4)

Tabel 5.5. Hubungan antara tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo

Penyakit	Pengetahuan						Nilai p
	Tinggi		Sedang		Rendah		
	n	%	n	%	n	%	
Jantung	7	17.5	31	77.5	2	5.0	0.036
Sindrom Nefrotik	0	0.0	15	78.9	4	21.1	
Leukimia	5	16.1	25	80.6	1	3.2	
Thalasemia	1	11.1	5	55.6	3	33.3	

Anak dengan diagnosa penyakit jantung memiliki tingkat pengetahuan kategori tertinggi dengan persentase sebesar 17,5%. Kemudian diikuti dengan diagnosa penyakit leukemia sebesar 16,1%. Untuk kategori tingkat pengetahuan sedang, anak dengan diagnosa penyakit leukemia memiliki persentase tertinggi sebesar 80,6%, kemudian diikuti dengan anak diagnosa penyakit sindrom nefrotik dengan persentase sebesar 78,9%. Sedangkan untuk kategori tingkat pengetahuan rendah, diperoleh pada anak diagnosa penyakit thalasemia dengan persentase sebesar 33,3%, kemudian diikuti anak dengan diagnosa penyakit sindrom nefrotik yaitu jumlah persentase sebesar 21,1%. Dari hasil uji data yang dilakukan yaitu *Pearson Chi-Square*, diperoleh nilai $p = 0,036$ ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised*. (Lihat pada tabel 5.7)



Gambar 5.5. Distribusi motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo

Berdasarkan hasil dari tingkat pengetahuan dan perilaku anak *medically compromised* terhadap kesehatan gigi dan mulut, maka diperoleh pula tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut. Dari data yang telah diperoleh, sebesar 69,7% anak memiliki tingkat motivasi sedang. Sebesar 16,2 % memiliki tingkat motivasi rendah serta 14,1% anak memiliki tingkat motivasi tinggi. (Lihat pada gambar 5.5)

Tabel 5.6. Hubungan antara motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo

Penyakit	Motivasi						Nilai p
	Tinggi		Sedang		Rendah		
	n	%	n	%	n	%	
Jantung	15	37.5	23	57.5	2	5.0	0.031
Sindrom Nefrotik	3	15.8	12	63.2	4	21.1	
Leukimia	3	9.7	22	71.0	6	19.4	
Thalasemia	0	0.0	7	77.8	2	22.2	

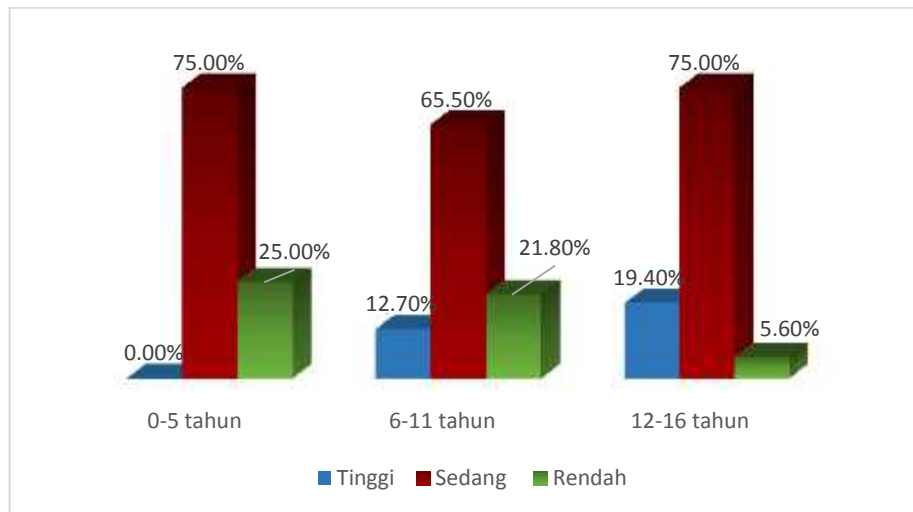
Anak dengan diagnosa penyakit jantung memiliki tingkat motivasi kategori tertinggi dengan persentase sebesar 37,5%. Kemudian diikuti dengan diagnosa penyakit Sindrom Nefrotik sebesar 15,8%. Untuk kategori tingkat motivasi sedang, anak dengan diagnosa penyakit Thalasemia memiliki persentase tertinggi sebesar 77,8%, kemudian diikuti dengan anak diagnosa penyakit leukemia dengan persentase sebesar 71,0%. Sedangkan untuk kategori tingkat motivasi rendah, diperoleh pada anak diagnosa penyakit thalasemia dengan persentase sebesar 22,2%, kemudian diikuti anak dengan diagnosa penyakit sindrom nefrotik yaitu jumlah persentase sebesar 21,1%. Dari hasil uji data yang dilakukan yaitu *Pearson Chi-Square*, diperoleh nilai p

= 0,031 ($p < 0,05$) yang berarti ada hubungan yang signifikan antara tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised*. (Lihat pada tabel 5.8)



Gambar 5.6. Distribusi tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo mulut berdasarkan jenis kelamin.

Anak perempuan memiliki tingkat persentase yang lebih besar untuk tingkat motivasi tinggi (16,0%) dibanding pada anak laki-laki (12,2%). Untuk tingkat motivasi sedang anak perempuan memiliki persentase yang lebih besar (76,0%) sedangkan anak laki-laki (63,3%). Untuk kategori motivasi rendah, anak laki-laki memiliki persentase lebih besar (24,5%) dibanding anak perempuan (8,0%). (Lihat pada gambar 5.6)



Gambar 5.7. Distribusi tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* di RSUP Wahidin Sudirohusodo berdasarkan usia

Anak berusia 12-16 tahun memiliki tingkat motivasi dengan persentase tertinggi (19,40%) yang kemudian dilanjut pada usia 6-11 tahun (12,70%). Untuk tingkat motivasi sedang anak dengan usia 12-16 tahun dan anak usia 5 tahun, memiliki persentase yang sama besar (75,0%) sedangkan untuk anak usia 6-11 tahun memiliki persentase terkecil (65,5%). Dan untuk kategori motivasi rendah, anak usia 5 tahun memiliki persentase tertinggi (25,0%) kemudian diikuti anak dengan usia 6-11 tahun (21,8%) (Lihat pada gambar 5.7)

BAB VI

PEMBAHASAN

Penelitian mengenai motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* dilakukan di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar. Pengambilan data dilakukan pada periode Agustus – September 2016 dengan menggunakan data primer yang diperoleh dari hasil observasi subjek penelitian yang berjumlah 99 anak dengan riwayat medis yaitu penyakit Jantung, Leukemia, Talasemia, dan Sindrom Nefrotik. Penelitian ini dilakukan atas persetujuan dari responden beserta wali/orang tuanya dengan melakukan pemberian kuesioner mengenai perilaku dan pengetahuan anak mengenai kesehatan gigi dan mulut. Dalam penelitian ini, terdapat beberapa kendala yang ditemukan, yang pertama ialah kondisi anak kurang mendukung dalam melakukan pengisian kuesioner sehingga dilakukan secara lisan antara peneliti dengan anak yang kemudian peneliti memberi penilaian pada kuesioner berdasarkan informasi yang diperoleh dari anak. Yang kedua, beberapa anak sulit memahami maksud dari pertanyaan yang diajukan, sehingga peneliti melakukan penjelasan dengan metode lain. Misalnya menggunakan perumpamaan kondisi yang lebih mudah dipahami oleh anak. Terdapat pula beberapa anak sulit yang diajak berkomunikasi. Hal ini merupakan keterbatasan anak yang diakibatkan oleh kondisi medisnya, sehingga memakan waktu yang cukup lama pada saat penelitian berlangsung.

Pada penelitian yang telah dilakukan, 57,60 % anak *medically compromised* memiliki dokter gigi pribadi atau dokter gigi yang biasa dikunjungi. Ketika anak mengalami penyakit sistemik, peranan dari berbagai tenaga medis sangat dibutuhkan demi proses tumbuh kembang. Ini dapat dikaitkan penelitian oleh Priya dkk (2013), melaporkan 73,6% anak di China mengatakan bahwa kunjungan ke dokter gigi secara rutin itu perlu, dan beberapa diantaranya lebih senang mengunjungi dokter gigi yang sudah sering menanganinya. Dengan kondisi tersebut, orang tua akan membawa anaknya ke dokter gigi yang sama pada saat kunjungan rutin atau bila ada keluhan pada rongga mulut sang anak.³¹ Pada hasil, anak yang tidak memiliki dokter gigi pribadi juga memiliki persentase yang tidak sedikit (42,4%) hal ini kemungkinan disebabkan adanya beberapa kendala seperti jumlah dokter gigi yang kurang memadai di lingkungan sekitar (daerah terpencil), keluarga yang kurang paham akan pentingnya kesehatan gigi sejak dini, orang tua yang lebih fokus terhadap pengobatan tubuh anak *medically compromised*, serta faktor ekonomi.³² Dari data yang diperoleh memperlihatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara anak yang memiliki dokter gigi pribadi terhadap jenis penyakit anak *medically compromised*, namun diperoleh persentase yang berbeda pada tiap jenis penyakit sesuai pada tabel 5.3.

Selain tubuh, penyakit sistemik juga dapat bermanifestasi dalam rongga mulut seperti peningkatan akumulasi plak, gusi berdarah dan bengkak, mudah terjadi karies, serta ulser. Kondisi tersebut tidak bisa diabaikan, sehingga biasanya sebelum atau setelah perawatan kondisi sistemik dilakukan, dokter atau dokter spesialis yang menangani kondisi sistemik akan merujuk pasien untuk ditindak lanjuti oleh dokter gigi. Hal tersebut dapat dijadikan alasan persentase anak *medically compromised* yang

dirujuk ke dokter gigi cukup besar yaitu 62,70% . Hal ini juga sejalan pada penelitian oleh Kitttipong dkk (2009) yang melaporkan dari 58.317 pasien yang berkunjung ke dokter gigi, 7.167 diantaranya memiliki kondisi yang harus dikompromikan ke dokter yang menangani kondisi sistemiknya.³³ Pada hasil juga diperoleh adanya hubungan yang signifikan antara anak yang dirujuk ke dokter gigi terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

. Pada dasarnya, anak *medically compromised* memiliki gangguan psikologi yang menimbulkan masalah dalam hal berperilaku, serta perawatan medis yang dilakukan juga akan memberi dampak seperti malas, lesu, nafsu makan kurang dsb. Diperoleh tingkat perilaku kesehatan gigi dan mulut anak *medically compromised* dengan kategori 17,2% baik, 63,6% sedang, dan 19,2% buruk. Penelitian oleh Hestieyonini dkk (2013) pada anak usia 6-10 tahun melaporkan 52,63% anak sehat memiliki perilaku kesehatan gigi dan mulut yang baik, 47,36% sedang, dan 0,0% buruk. Disebutkan pula pada usia 12 dan 13 tahun, anak yang memiliki tingkat perilaku baik 46,9%, dan 53,1% sedang.³⁴ Berdasarkan perbedaan persentase tersebut dapat dibandingkan bahwa perilaku pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut anak *medically compromised* dan anak sehat cukup berbeda. Perilaku kesehatan gigi tentunya mempengaruhi kesehatan dan kebersihan rongga mulut. Penelitian oleh A.Brown (2009) mengatakan secara garis besar anak *medically compromised* memiliki tingkat kebersihan mulut yang buruk. Ditambah lagi faktor resiko terjadinya penyakit gigi dan mulut yang tinggi mengakibatkan prevalensi karies anak *medically compromised* lebih tinggi bila dibandingkan anak sehat. Dalam penelitiannya juga disebutkan, 91,9% anak *medically compromised* memiliki karies, dan 84,0% pada anak

sehat, namun tidak ditemukan hasil yang signifikan.³⁵ Dari data yang diperoleh, memperlihatkan adanya hubungan yang signifikan antara perilaku kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Diperoleh hasil tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* untuk kategori pengetahuan baik 13,10%, kategori sedang 76,80% dan kategori rendah 10,10%. Penelitian oleh Asih Maysaroh dkk (2012) yang dilakukan pada anak usia sekolah di SDN Pekanbaru menyebutkan 77,9% anak memiliki pengetahuan kesehatan gigi dan mulut yang baik, 18,6% cukup baik, dan 3,6% tidak baik.¹³ Penelitian oleh Azhary dkk (2013) juga mengatakan pengetahuan anak mengenai pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut memiliki hubungan yang signifikan terhadap angka kejadian karies. Dari temuan-temuan tersebut dapat disimpulkan anak sehat memiliki pengetahuan mengenai pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang jauh lebih baik bila dibandingkan anak *medically compromised*. Hal ini disebabkan anak *medically compromised* cenderung menghabiskan waktunya menerima perawatan medis yang menyebabkan waktu disekolah menjadi berkurang. Sebagaimana sekolah memiliki peranan yang sangat penting dalam meningkatkan pengetahuan anak. Dengan adanya program-program pencegahan penyakit gigi dan mulut seperti UKGS pada anak usia sekolah dasar, tentunya menghasilkan pengetahuan yang baik sehingga angka karies menjadi rendah.¹² Pada hasil juga memperlihatkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit anak *medically compromised* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Berdasarkan tingkat perilaku dan tingkat pengetahuan anak *medically compromised* terhadap kesehatan gigi dan mulut, dapat dikategorikan tingkat motivasi anak yang sedang menerima perawatan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dengan kategori tinggi, sedang, dan rendah. Sebesar 69,7% anak memiliki tingkat motivasi sedang. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Rosdiana dkk (2014) pada anak sehat, sebesar 57% anak memiliki tingkat motivasi sedang dalam pemeliharaan kesehatan giginya, ini menunjukkan belum semua anak memiliki motivasi dalam pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.⁸ Pada penelitiannya juga menyebutkan 5% anak memiliki tingkat motivasi rendah, sedangkan anak yang di RSUP Wahidin Sudirohusodo yang memiliki motivasi rendah memiliki persentase yang cukup besar yaitu 16,20%, sesuai pada gambar 5.5. Pada dasarnya semua anak *medically compromised* memiliki gangguan psikologi dan perilaku, terlebih lagi peranan orang tua ataupun orang disekitar yang biasanya lebih fokus terhadap perawatan medis anak tersebut. Ini menyebabkan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* seringkali terabaikan. Hal inilah yang menyebabkan anak dengan kondisi-kondisi seperti ini memiliki motivasi rendah. Namun, tidak semua anak dengan *medically compromised* memiliki motivasi kesehatan gigi dan mulut yang rendah. Peranan orang disekitarnya tentu saja mempengaruhi segala hal yang terjadi pada anak. Sehingga pada penelitian yang telah dilakukan, dapat diperoleh hasil sebesar 14,10% anak dengan tingkat motivasi tinggi. Meskipun bukan jumlah yang besar bila dibandingkan dengan motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak sehat yaitu sebesar 36% , hal ini memperlihatkan bahwa anak dengan *medically compromised* juga memiliki peluang untuk memiliki motivasi yang baik terhadap

kesehatan.⁸ Pada anak dengan kondisi ini, sangat diperlukan dorongan dari lingkungan luar demi meningkatkan semangat dan motivasinya. Pada hasil juga memperlihatkan adanya hubungan yang signifikan antara motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut terhadap jenis diagnosa penyakit pada anak *medically compromised* di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

Penelitian yang dilakukan oleh Didik Hariyanto (2012) di RSUP Dr.M.Jamil mengatakan penyakit jantung menempati urutan terbanyak di ruang rawat anak selama 3 tahun yaitu 35% (2008), 35% (2009), dan 33% (2010).³⁶ Ditemukan pula hasil yang sama, bahwa anak dengan diagnosa penyakit jantung merupakan jenis penyakit yang paling banyak ditemukan di RSUP Wahidin Sudirohusodo (40,4%). Pada hasil juga diperoleh anak dengan penyakit jantung memiliki persentase tertinggi yang dirujuk ke dokter gigi yaitu 88,9%. Penelitian yang dilakukan oleh Sumit Bhateja (2012) juga menunjukkan penyakit jantung memiliki prevalensi tertinggi yang ditemukan di dokter gigi (57,87%).¹⁵ Selanjutnya pada hasil penyakit jantung memiliki persentase terbesar perilaku kesehatan gigi dan mulut kategori sedang yaitu 70,0% dan persentase terbesar pengetahuan kesehatan gigi dan mulut kategori baik yaitu 17,5%. Dari temuan tersebut maka anak dengan kondisi ini memiliki motivasi yang paling baik diantara jenis diagnosa penyakit lainnya, dengan persentase terbesar motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut kategori tinggi yaitu 37,5%. Hal ini dapat dikaitkan pada penelitian yang dilakukan oleh Reshma dkk (2011) yang mengatakan obat yang dikonsumsi oleh anak penderita jantung biasanya memiliki kadar gula yang banyak. Ini merupakan cikal bakal terjadinya karies pada gigi. Tidak jarang pula terjadi kerusakan gigi yang diakibatkan oleh defek pada enamel yang berkembang. Meskipun

demikian, anak dengan kondisi ini memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik dibanding dengan anak dengan leukemia, talasemia dan sindrom nefrotik. Ketika ditanya mengenai efek makanan manis pada kesehatan gigi dan mulut, sebanyak 85,9% anak mengatakan bahwa makanan manis dapat berpengaruh pada gigi lubang bahkan perubahan warna pada gigi. Sekitar 82% anak penderita jantung juga memahami bahwa ada hubungan antara penyakit yang dimilikinya dengan kesehatan rongga mulutnya, sehingga anak akan menjadi lebih waspada akan kesehatan rongga mulutnya. Sebesar 88% orang tua anak penderita jantung memahami bahwa kesehatan gigi dan mulut pada anak penting sama halnya dengan kesehatan tubuh anak tersebut.³⁷ Pengetahuan orang tua akan mempengaruhi pengetahuan anak, sehingga pada penelitian ini anak dengan penyakit jantung memiliki pengetahuan yang paling baik. Terlebih lagi, bakteri dalam rongga mulut anak dengan penyakit jantung beresiko menyebabkan terjadinya infeksi endokarditis yang merupakan salah satu jenis penyakit yang beresiko fatal. Maka dari itu, hampir seluruh dokter yang menangani kondisi medis anak penderita jantung, selalu menganjurkan untuk melakukan pemeriksaan secara rutin ke dokter gigi. Pada penelitian yang dilakukan oleh Suma G dkk (2011) juga menjelaskan bahwa komunikasi antara dokter gigi dengan dokter jantung anak memiliki hubungan komunikasi yang lebih baik dibanding anak *medically compromised* lainnya. Program pencegahan penyakit gigi dan mulut telah banyak dilakukan bagi anak penderita jantung. Selain orang tua, tenaga medis (dokter gigi ataupun dokter ahli jantung anak) sangat berperan penting terhadap membangun motivasi anak, khususnya terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.⁴ Pada saat

penelitian berlangsung, peneliti juga merasakan bahwa komunikasi pada anak penyakit jantung lebih lancar dibandingkan jenis penyakit yang lain.

Tanda dan gejala awal dari leukemia dapat muncul pada rongga mulut. Pasien dengan leukemia biasanya mengalami ulser, terjadi perdarahan dan pembesaran pada gingiva (*gingival overgrowth*) serta pada membran mukosa biasanya akan nampak ekimosis dan petekia.²² Pasien leukemia yang melakukan kemoterapi biasanya memiliki ulser pada rongga mulut, hal ini dikarenakan efek langsung dari agen kemoterapi pada sel mukosa.³⁸ Inilah yang kemungkinan menjadi penyebab anak dengan diagnosa penyakit leukemia memiliki persentase terbesar yang memiliki dokter gigi pribadi (64,5%), dan kedua terbesar yang dirujuk ke dokter gigi setelah penyakit jantung (83,9%). Penyakit dalam rongga mulut dapat mempengaruhi keberhasilan perawatan penyakit leukemia, begitupun sebaliknya. Maka dari itu perawatan dari dokter gigi akan sering dibutuhkan pada pasien. Selain dapat menangani kondisi pasien yang rentan terhadap penyakit rongga mulut, dokter gigi pun sudah paham dengan kondisi medis pasien tersebut. Sehingga, penanganan rongga mulut dan tubuh pasien dapat berjalan seiringan dengan baik.³⁹ Leukemia biasanya menyerang anak yang telah sedikit dewasa, dan sudah mulai paham mengenai kesehatan. Penelitian oleh Yatni Amalia dkk (2014) di Surabaya mengatakan bahwa hampir 90% dari semua penderita yang terdiagnosa leukemia adalah remaja dan dewasa. Pada tahun 2006 jumlah penderita leukemia yang rawat inap di Rumah Sakit Indonesia sebanyak 2.531 orang. Ketika anak terdiagnosa penyakit kronis seperti leukemia, ia akan mengalami keadaan krisis yang ditandai dengan ketidakseimbangan kondisi fisik, sosial dan psikologis yang mengakibatkan pasien mengalami rasa cemas,

takut bahkan frustrasi.⁴⁰ Kecemasan anak akan mengalami peningkatan jika mengingat penyakit yang dideritanya dan juga pemeriksaan serta penanganan yang dilakukan terhadap dirinya. Perubahan ini dapat terjadi secara sementara namun dapat juga menetap. Pada penelitian yang dilakukan oleh dilakukan oleh Ulfa Rizkiana dkk (2009) di Jawa Barat, mengatakan bahwa remaja penderita leukemia dapat menerima keadaan dirinya dengan baik. Hal ini dapat disebabkan pada saat terdiagnosa, anak sudah tahu mengenai kondisinya. Sehingga secara perlahan mereka dapat menyadari dan menerima keterbatasannya. Namun, tidak semua pasien anak dengan leukemia dapat menerima kondisi tersebut. Masih ada beberapa anak yang mengalami frustrasi, dan menarik diri dari lingkungan sekitarnya. Bila dibandingkan dengan kondisi psikologis anak talasemia, anak dengan leukemia memiliki motivasi sedikit lebih baik. Anak dengan leukemia memiliki harapan dan tututan dari dalam dirinya untuk sembuh, sehingga anak akan berusaha dengan keterbatasan yang ada. Hal inilah yang menyebabkan anak dengan kondisi ini memiliki motivasi yang lebih baik dibanding dengan anak talasemia.⁴¹

Anak dengan sindrom nefrotik memiliki persentase terbesar untuk tingkat perilaku kategori baik yaitu 42,1%. Hal ini dapat dikaitkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Venkatesh (2014) yang menyebutkan sebanyak 26% anak dengan sindrom nefrotik menyikat gigi dua kali atau lebih dalam sehari, 18% anak tidak menyikat gigi mereka sebelum tidur, dan 6% anak menyikat gigi akibat disuruh oleh orang tua mereka. Meskipun demikian, 58% anak sindrom nefrotik memiliki tingkat kebersihan mulut yang buruk.⁴² Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Panagiota Manti dkk (2013) mengatakan bahwa anak dengan sindrom nefrotik memiliki masalah

terhadap perilakunya sehari-hari. Pada dasarnya, anak dengan penyakit kronis memiliki resiko mengalami gangguan psikologi. Pada pasien sindrom nefrotik biasanya terjadi perubahan perilaku yang dapat disebabkan oleh penyakit itu sendiri, perawatan yang dilakukan, bahkan durasi penyakit.⁴³ Pada penelitian oleh Nagla F.Boray (2011) juga telah ditemukan bahwa penggunaan kortikosteroid terhadap perawatan dapat mengubah perilaku seorang anak. Meskipun demikian, masih sangat sulit membedakan apa penyebab perilaku anak dengan sindrom nefrotik menjadi lebih agresif dan mudah emosi. Hal ini dikarenakan semua pasien dengan sindrom nefrotik akan langsung diberikan kortikosteroid pada kunjungan awal. Pada penelitian tersebut juga mengatakan bahwa perubahan perilaku anak sindrom nefrotik juga dapat mempengaruhi perilaku anak dalam menjaga kesehatan tubuh ataupun kesehatan rongga mulutnya.⁴⁴ Beberapa penelitian mengatakan bahwa anak dengan sindrom nefrotik memiliki masalah temperamental, yang menimbulkan gangguan terhadap perilaku. Kemungkinan yang menyebabkan pada penelitian ini anak dengan sindrom nefrotik memiliki tingkat perilaku terhadap kesehatan gigi dan mulut yang paling baik adalah faktor lingkungan serta peran orang disekitar.

Diantara beberapa jenis penyakit, anak dengan talasemia memiliki persentase tertinggi untuk kategori perilaku rendah yaitu sebesar 33,3%. Sebagian besar peneliti melaporkan kesehatan rongga mulut anak talasemia sangatlah buruk. Kesehatan rongga mulut bukan prioritas utama bagi anak dengan diagnosa talasemia. Hal ini dikarenakan keluarga pasien lebih fokus pada prosedur medis talasemia yang diderita pada anak. Penelitian oleh departemen kesehatan gigi dan mulut anak Amerika (2014) menemukan nilai deft dan DMFT pada anak dengan talasemia ataupun anak *medically*

compromised lainnya memiliki angka yang lebih tinggi dibanding anak normal dikarenakan orang tua tidak memperhatikan kesehatan gigi dan mulut pada anak dan mengunjungi dokter gigi hanya pada saat anak mengalami rasa sakit.⁴⁵ Transfusi darah merupakan perawatan utama pada pasien talasemia dan rutinitas ini akan berdampak pada reaksi psikososial anak. Reaksi yang timbul pun berbeda-beda tergantung bagaimana anak tersebut menerjemahkan rasa sakit yang dideritanya. Pada penderita talasemia mayor yang melakukan transfusi secara rutin biasanya menimbulkan reaksi psikososial diantaranya rasa malas, hilangnya nafsu makan, penurunan berat badan, sulit berkonsentrasi, susah tidur, mudah lelah, gangguan mood, serta muncul pikiran-pikiran tentang kematian. Reaksi-reaksi ini akan menimbulkan penurunan kualitas kesehatan bahkan perilaku anak terhadap kesehatan sehingga hal inilah yang mungkin menjadi salah satu penyebab anak dengan talasemia memiliki tingkat perilaku rendah terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut.⁴⁶ Pada hasil juga memperlihatkan persentase tertinggi untuk kategori tingkat pengetahuan rendah ialah pada penderita talasemia (33,3%). Pada anak thalasemia menunjukkan performa akademis yang kurang baik, sebagian besar dikarenakan oleh kehadiran anak disekolah menjadi berkurang akibat kunjungan rutin yang dilakukan di rumah sakit, yaitu untuk melakukan transfusi darah atau bahkan harus rawat inap.⁴⁷ Berdasarkan penelitian oleh Pratama Guha (2013) di India, 53,1% anak penderita talasemia tidak pergi ke sekolah. Sekolah merupakan tempat bagi anak untuk belajar selain keluarga. Promosi mengenai kesehatan tubuh ataupun kesehatan gigi banyak dilakukan di sekolah-sekolah. Hal ini sangat berpengaruh terhadap pengetahuan anak yang akan mendasari sebuah perilaku kedepannya. Orang tua banyak dikaitkan dengan performa akademik

anak yang buruk. Terdapat persepsi dikalangan orang tua penderita talasemia bahwa penyakit tersebut mengakibatkan anak menjadi seorang pembelajar yang lambat (*slow learners*). Dikarenakan hal tersebut, kebanyakan orang tua talasemia menjadi pasrah terhadap kondisi akademik sang anak dan hanya fokus pada pengobatan talasemianya saja. Hal ini berdampak pada perkembangan anak dalam segi perilaku dan pengetahuan, terlebih lagi dalam bidang kesehatan.⁴⁸ Berdasarkan temuan-temuan tersebut, pada hasil memperlihatkan bahwa anak dengan talasemia memiliki persentase tertinggi untuk kategori motivasi rendah yaitu 22,2%. Manifestasi rongga mulut pada pasien talasemia sering kali menjadi lebih parah akibat perilaku dan kebiasaan buruk serta kurangnya kepedulian terhadap kondisi kesehatan rongga mulutnya. Talasemia merupakan jenis penyakit yang memberi dampak gangguan tingkah laku tertinggi bila dibandingkan dengan jantung, leukemia, dan sindrom nefrotik. Pertumbuhan dan perkembangan pada pasien anak dengan talasemia biasanya mengalami hambatan, hal ini membuat perawakan anak talasemia menjadi lebih pendek. Pada anak talasemia juga biasanya memiliki perawakan dengan hidung yang pesek, warna kulit lebih hitam, dan gigi maloklusi. Dengan kondisi seperti ini, anak dengan talasemia akan sering merasa gelisah, frustrasi, merasa dikucilkan, merasa harga diri mereka sangat buruk, tidak memiliki keyakinan pada diri sendiri, dan menjadi lebih tertutup. Pada anak talasemia juga mengalami gangguan emosi, gangguan pembelajaran yang membuatnya menjadi buruk dalam akademik dan juga pada penderita wanita akan mengalami masa menstruasi yang tertunda. Beberapa penderita talasemia juga merasa bahwa dikarenakan akademik nya yang buruk sehingga orang tua memperlakukan dirinya secara tidak adil dibanding saudara yang

lain. Dikarenakan hal-hal tersebut, anak dengan talasemia cenderung lebih menutup dan menarik diri dari lingkungan serta menjadi acuh terhadap sekelilingnya. Hal ini dapat berdampak terhadap kondisi kesehatan tubuh dan mental anak dengan talasemia, sehingga ini bisa saja menjadi salah satu alasan anak dengan talasemia memiliki motivasi yang rendah terhadap kesehatan. Salah satu orang tua penderita talasemia ini juga mengatakan bahwa anak mereka lemah dalam belajar. “anak saya belajar tapi dia sangat lambat dalam menangkap semua informasi” sebut salah satu orang tua pasien talasemia dalam penelitian oleh Abdul Wahab dkk (2011) di Malaysia. Pada penelitian yang sama juga ditemukan beberapa orang tua mengatakan bahwa mereka akan sangat terbantu apabila rumah sakit menyediakan perawatan konseling atau motivator profesional untuk anaknya.^{45,47}

Dari hasil memperlihatkan bahwa anak perempuan memiliki motivasi yang lebih baik dibanding anak laki-laki. Untuk motivasi kesehatan gigi dan mulut kategori tinggi anak perempuan memperoleh persentase sebesar 16,0% sedangkan anak laki-laki hanya 12,20%. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Priya dkk (2013) di India yang menyebutkan bahwa sebesar 75,3% anak perempuan melakukan kunjungan rutin ke dokter gigi dibanding anak laki-laki yaitu 60,3%.³³ Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Setya Diana (2015) juga mengatakan anak perempuan lebih memiliki kesehatan gigi yang jauh lebih baik.⁴⁹ Anak perempuan lebih baik dalam menjaga kesehatan gigi dan mulutnya, perilaku ini diduga dipengaruhi oleh perbedaan psikologis anak. Pada anak laki-laki terdapat gen SRY (Sex Determining Region Y), gen ini diduga dapat menyebabkan anak laki-laki memiliki tingkat pengendalian emosi yang lebih rendah dibanding anak perempuan. Motivasi anak biasanya berkembang

seiring kedewasaan seseorang. Anak perempuan cenderung lebih cepat mengalami kedewasaan dibanding anak laki-laki. Anak perempuan juga memiliki perilaku positif terhadap kesehatan gigi dan mulut serta kepercayaan diri yang tinggi dalam meningkatkan kondisi kesehatan gigi dan mulutnya.^{33,49}

Anak berusia 12-16 tahun memperoleh persentase tertinggi untuk kategori tingkat motivasi tinggi terhadap pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang kemudian dilanjutkan pada anak dengan usia 6-11 tahun. Untuk kategori motivasi rendah, anak usia 5 tahun memiliki persentase tertinggi, kemudian diikuti anak dengan usia 6-11 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jacky dkk (2015) di Minahasa Utara yang mengatakan bahwa pengetahuan mengenai kesehatan gigi dan mulut pada anak meningkat seiring dengan meningkatnya usia. Hal ini juga didukung berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, tingginya prevalensi karies gigi pada anak dibawah usia 12 tahun (42,6%) mengalami peningkatan sebesar 13,7% dibandingkan tahun 2007 dengan persentase sebesar 28,9%. Dengan adanya angka prevalensi tersebut, hal ini mungkin mencerminkan perilaku dan pengetahuan anak terhadap kesehatan gigi dan mulut yang didasari oleh sebuah motivasi.^{10,50}

BAB VII

KESIMPULAN

7.1 Kesimpulan

Anak *medically compromised* memiliki motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang lebih rendah dibanding anak sehat pada umumnya. Dari penelitian ini, anak dengan penyakit jantung memiliki tingkat motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut yang paling tinggi. Sedangkan anak talasemia memiliki tingkat motivasi terendah dilanjut anak dengan sindrom nefrotik. Diantara keempat jenis penyakit, anak dengan leukemia memiliki motivasi sedang yang cukup tinggi. Selain pada tubuh, kondisi *medically compromised* ini juga bermanifestasi pada rongga mulut, sehingga ditemukan jumlah yang besar anak dirujuk ke dokter gigi. Peranan keluarga, serta tenaga medis sangat penting bagi anak *medically compromised* demi membangun motivasi anak terutama dalam kesehatan.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan mengenai motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised*, maka saran yang dapat disampaikan peneliti sebagai berikut:

1. Sebaiknya dilakukan penelitian lanjutan mengenai kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* dengan jumlah sampel lebih banyak.
2. Sebaiknya program edukasi, preventif, serta motivating perlu dilakukan sedini mungkin untuk anak, khususnya anak dengan *medically compromised*

DAFTAR PUSTAKA

1. Dental Health Foundation. Links between oral and general health, the mouth-body connection. Ireland ; 2016
2. Song M, Donnell JA, Bekhuis T, Spallek H. Are dentists interested in the oral systemic disease connection? A qualitative study of an online community of 450 practitioners. Pittsburgh : BMC Oral Health ; 2013
3. Yadav A. Orthodontic consideration in medically compromised patients. Indian : Indian Journal of research Vol.2-Issue 3 ; 2013
4. Suma G, Usha MD, Ambika G, Jairanganath. Oral health status of normal children and those affiliated with cardiac disease. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry Vol.35-No.3 ; 2011
5. Roberts K, Condon L. How do parents look after children's teeth ? A qualitative study of attitudes to oral health in the early years. Bristol : Professional and research peer reviewed ; 2014
6. Young M, Julliard K, Spiess SP. Survey pediatric dentist's own oral health behavior. New York : NYSDJ ; 2011
7. Lai ER. Motivation : A literature review. Pearson. 2011
8. Simaremare R, Simaremare A. Motivasi anak dalam pemeliharaan kesehatan gigi terhadap status kesehatan gigi pada siswa kelas III-A SD Swasta Cerdas Bangsa Jl. Titi Kuning Namorambe Lingk. VI sidorejo deli dua. Medan : Jurnal iliah PANMED : 2014

9. Joshi N, Sujan SG, Joshi K, Parekh H, Dave B. Prevalence, severity and related factors of dental caries in school going children of Vadohara City – an epidemiological study. Vadohara : Journal of international oral health : 2013
10. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta ; 2013
11. Gill P, Stewart K, Chetcuti D, Ghestnutt IG. Children's understanding of and motivations for tooth brushing : a qualitative study. Pontypridd : International Journal of Dental Hygiene ; 2011
12. Ramadhan A, Cholil, Sukmana B. Hubungan tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut terhadap angka karies gigi di smpn 1 marabahan. Banjarmasin : DENTINO JURNAL KEDOKTERAN GIGI Vol 1.No 2. September ; 2016
13. Maysaroh A, Indriati G, Jumaini. Hubungan tingkat pengetahuan tentang kebersihan gigi dan mulut terhadap perilaku menyikat gigi pada anak usia sekolah di sdn 136 Pekanbaru. Pekanbaru : Departemen Keperawatan Anak Universitas Riau ; 2013
14. Cameron AC, Widmer RP. Handbook of pediatric dentistry third edition. Philadelphia : MOSBY Elsevier ; 2008 .p. 279-325
15. Bhateja S. High prevalence of cardiovascular diseases among other medically compromised conditions in dental patients : a retrospective study. India : Journal of Cardiovascular Disease Research Vol 3, No.2 ; 2012
16. Rilantono L. Penyakit kardiovaskular (PKV) 5 rahasia. Jakarta : Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia ; 2015 .p. 495-508

17. Hedge AM, Kavita R, Sushma KS, Sucheta S. Salivary acid levels and dental health in children with congenital heart disease. Karnakata : The Journal of Clinical Pediatric Dentistry; 2012
18. Reshma S, Kavitha R, Amitha H. Oral health of children with congenital heart disease following preventive treatment. Mangalore : The Journal of Pediatric Dentistry ; 2011
19. Duggal M, Cameron A, Toumba J. Pediatric dentistry at a glance. USA : Wiley-Blackwell ; 2013.p. 94-109
20. Tumbel AM, Kaunng D, Rompis J. Peran tingkat pendidikan terakhir orang tua terhadap penyakit jantung rematik pada anak. Manado : Jurnal e-Clinic ; 2015
21. Deliverska EG, Krasteva A. Oral signs of leukemia and dental management – literature data and case. Bulgaria : Journal of IMAB ; 2013
22. Mathur VP, Dhillon JK, Kaira G. Oral health in children with leukemia. New Delhi : Indian Journal of Palliative Care. 2012
23. Hossain M, Xie Li, Mc Cahan S. Characterization of pediatric acute lymphoblastic leukemia survival patterns by age at diagnosis. Newark : Hindawi Publishing Corporation Journal of Cancer Epidemiology ; 2014
24. McDonald RE, Avery DR, Dean JA. Dentistry for the child and adolescent, 9th ed. Philadelphia : Mosby Inc ; 2011.p. 498-505
25. Wang YP, Chang JY, Wu YC, Cheng SJ, Chen HM, Sun A. Oral manifestations and blood profile in patients with thalassemia trait. Taipei : Journal of the Formosan Medical Association. 2013

26. Hattab FN. Periodontal conditions and orofacial changes in patients with thalassemia major : A clinical and radiographic overview. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry ; 2012
27. Barakat Amin J. Presentation of the child with renal disease and guidelines for referral to the pediatric nephrologist. Washington : Hindawi Publishing Corporation International Journal of Pediatrics ; 2012
28. Soylemezoglu O, Duzova A, Yalcinkaya F, Arinsoy T, Sulaiman G. Chronic renal disease in children aged 5-18 years : a population-based survey in Turkey, the credit-c study. Ankara : Oxford University Press on behalf of ERA-EDTA ; 2012
29. Joseph R, Krishnan R. Higher prevalence of periodontal disease among patients with predialytic renal disease. Kerala : Braz J Oral Sci : 2009
30. Patil S, Khandelwal S, Doni B, Rahman F, Kaswan S. Oral manifestations in chronic renal failure patients attending two hospitals in north Karnataka, India. Jaipur : OHDM ; 2012
31. Priya M, Devdas K, Amarlal P, Venkatachalapathy A. Oral health attitudes, knowledge and practices among school children in Chennai, India. Chennai : Journal of Education and Ethics in Dentistry ; 2013
32. Ku L, Sharac J, Bruen V, Thomas M, Norris L. Increased use of dental services by children covered by medicaid : 2000-2010. Washington : *MMRR* ; 2013

33. Dhanutai Kittipong, Sappayatosok K, Bijaphala P, Kulvit S, Sereerat T.
Prevalence of medically compromised in ental patients. Thailand : Med Oral
Patol Oral Cir Bucal. 2009 Jun 1;14
34. Hestieyonini,dkk. Perilaku menjaga kesehatan gigi dan mulut pada santri
pondok pesantren alahar Jember. Jember : FKG Uniersitas Jember ; 2013
35. Brown A. Caries prevalence and treatment needs of healthy and medically
compromised children at a tertiary care institution in Sauí Arabia. Riyadh :
Eastern Mediterranean Health Journal ; 2009
36. Hariyanto Didik. Profil penyakit jantung bawaan di instalasi rawat inap anak
RSUP Dr.M.Djamil Padang Januari 2008 – Februari 2011. Padang : Sari
Pediatri ; 2012
37. Suvarna Reshma, Rai Kavita, Hegde A.M. Knowledge and oral health
attitudes among parents of children with congenital heart disease. Mangalore
: International Journal of Clinical Pediatric Dentistry ; 2014
38. Lauritano D, Petruzzi M, Fumagalli T, Giacomello M, Caccianiga G. Oral
manifestations in children with acute lymphoblastic leukemia. Milano :
European Journal of Inflammation ; 2012
39. Cetinguc A, Tekcikek M, Gungor H.C. Oral health status of medically
compromised children referred for dental consultations: a retrospective study.
Turki : Hacettepe University ; 2004
40. Amylia Y, Surjaningrum E. Hubungan persepsi dukungan sosial dengan
tingkat kecemasn pada penderita leukemia. Surabaya : Jurnal Psikologi Klinis
dan Kesehatan Mental ; 2014

41. Rizkiana Ulfa, Retnaningsih. Penerimaan diri pada remaja penderita leukemia. Depok : Jurnal Psikologi ; 2009
42. Babu Venkantesh, Jana Sinjani. Assesment of oral health status in children suffering from nephrotic syndrom. Bangalore : International Journal of Scientific Study ; 2014
43. Manti Panagiota, Giannakopoulos G, Gloroukou E, Angelaki H.G, Stefanidis C, Mitsioni A,et al. Psycosocial and cognitive function in children with neprhotic syndrom: association with disease and treatment variables. Athens : Biomed Psychosocial Medicine ; 2013
44. Boraey Naglaa F, El-Sobanty M.M. Behaivioral problems in children with nephrotic syndrome. Egypt : Journal of Applied Science Research ; 2011
45. Arora R, Malik S, Arora V, Malik R. Comparison on dental caries prevalence in B-Thalassemia major patients with their normal counterparts in udaipur. Udaipur : American International Journal of Research in Formal, Applied and Natural Science ; 2014
46. Mulyani, Fahrudin A. Reaksi psikososial terhadap penyakit di kalangan anak penderita talasemia mayor di kota Bandung. Bandung : Informasi ; 2011
47. Wahab J, Naznin M, Zora M, Suzanah A, Zulaiha M, Fazrl A, Kamaruzaman W. Thalassemia : a study on the perception of patients and family members. Malaysia : Med J Malaysia ; 2011
48. Guha Pratama, Talukdar A, De Arun, Bhattacharaya R, Pal S, Dasgupta G, Ghosal M. Behavioural profile and school performance of thalassemic

children in eastern India. Kolkata : Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research ; 2013

49. Ningsih Diana Setya. Hubungan jenis kelamin terhadap kebersihan rongga mulut anak panti asuhan. Aceh : ODONTO Dental Journal ; 2015
50. Lintang Jacky CH, Palandeng H, Leman M. Hubungan tingkat pengetahuan pemeliharaan kesehatan gigi dan tingkat keparahan karies gigi siswa sdn tumaluntung, Minahasa Utara. Manado : Jurnal *e-gigi* ; 2015

LAMPIRAN

DOKUMENTASI PROSES PENELITIAN



Pasien anak dengan diagnosa jantung



Pasien anak dengan diagnosa sindrom nefotik



Pasien anak dengan diagnosa leukemia



Pasien anak dengan diagnosa talasemia



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
KAMPUS TAMALANREA
JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KM. 10 MAKASSAR 90245
Telp. (0411) 586012, psw : 1114,1115,1116,1117, Fax : (0411) 584641
Website : www.unhas.ac.id/fkg, Email : mail@fkgunhas.web.id

SURAT PENUGASAN

No. ~~69~~ /UN4.13.1/KP.15/2016.

Dari : Wakil Dekan I Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin

Kepada : 1. Prof. Dr. Sherly Horax, drg., MS

2. Andi Nur Sakina Tri Meilana (Stb J 111 13 334)

Isi : 1. Menugaskan kepada yang tersebut di atas untuk melakukan penelitian dengan judul " Motivasi Pemeliharaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Medically Compromised ".

2. Bahwa saudara yang namanya tersebut di atas dipandang mampu dan memenuhi syarat untuk melaksanakan tugas tersebut.

3. Agar Penugasan ini dilaksanakan dengan sebaik-baiknya dengan penuh rasa tanggung jawab.

4. Segala biaya yang dikeluarkan dibebankan kepada Peneliti.

5. Surat Penugasan ini berlaku Bulan Mei – Agustus 2016 , dengan ketentuan bahwa apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam surat penugasan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Makassar

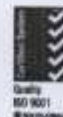
Pada Tanggal : 9 Mei 2016

a.n Dekan

Wakil Dekan I,

Prof. Dr. drg. Edy Machmud, Sp. Pros (K)

NIP: 19631104 199401 1 001



Tembusan :

1. Dekan FKG Unhas (Sebagai Laporan)
2. Yang bersangkutan.
3. Arsip.



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
UNIT PELAKSANA TEKNIS - PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
(UPT - P2T)

Nomor : 5890/S.01.P/P2T/05/2016
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kedokteran Gigi UNHAS Nomor : 630/UN4.13.1/PL.02/2016 tanggal 09 Mei 2016 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **ANDI NUR SAKINA TRI MEILANA**
Nomor Pokok : J111 13 334
Program Studi : Pend. Dokter Gigi
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" MOTIVASI PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT PADA ANAK MEDICALLY COMPROMISED "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **17 Mei s/d 17 Agustus 2016**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 16 Mei 2016

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE. MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip. 19610513 199002 1 002

Terdistribusi Yth
1. Dekan Fak. Kedokteran Gigi UNHAS;
2. Peringkat



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**

Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

RSPTN Universitas Hasanuddin

RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu FKUH

JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR 90245

Contact Person: dr. Agussalim Bukhari, MMed, PhD, SpGK Telp. 081241850858, Fax : 0411-581431

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK (*Exempted*)

Nomor : 704/H04.8.4.5.31/PP36-KOMETIK/2016

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, RSPTN UH, RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

Motivasi Pemeliharaan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Anak Medically Compromised

dengan Peneliti Utama: **Andi Nur Sakina Tri Meilana**

No. Register

U	H	1	6	0	5	0	4	5	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

yang diterima pada tanggal: **27 Mei 2016**

dapat disetujui untuk dilaksanakan di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

dapat dibebaskan dari keharusan memperoleh persetujuan etik (*Exempted*) untuk pelaksanaan penelitian tersebut. Pembebasan ini berlaku sejak dimulai dilaksanakannya penelitian tersebut di atas sampai dengan selesai sesuai yang tercantum dalam protokol.

Walaupun demikian kami mengingatkan bahwa dalam pelaksanaan penelitian ini, peneliti tetap diminta untuk menjaga dan menghormati martabat manusia yang menjadi responden/informan dalam penelitian ini. Dengan demikian diharapkan masyarakat luas dapat memperoleh manfaat yang baik dari penelitian ini.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK FKUH, RSPTN UH, RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo. Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Makassar, 6 Juni 2016

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fak. Kedokteran Unhas

Ketua

Prof. Dr. dr. Survani As'ad, M.Sc, SpGK

NIP 19600504 1986 01 2 002



Sekretaris

dr. Agussalim Bukhari, MMed PhD, SpGK

NIP 19700821 1999 03 1 001

FORMULIR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN SETELAH MENDAPAT PENJELASAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat:

Setelah mendengar/membaca dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan dan manfaat apa yang akan dilakukan pada penelitian ini dengan melakukan pengisian kuesioner, saya menyatakan setuju untuk ikut dalam penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan.

Saya tahu keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapat pelayanan kesehatan. Juga berhak bertanya atau meminta penjelasan pada peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua data saya yang dihasilkan pada penelitian ini untuk disajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan. Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari kami akan menyelesaikan secara kekeluargaan.

NAMA	TANDA TANGAN	TGL/BLN/THN
Klien
Saksi 1
Saksi 2

Penanggung Jawab Penelitian :

Nama : Andi Nur Sakina Tri Meilana
Alamat :Telkomas, Komp. Golden Hills A6
Telp : 081245806961

Penanggung Jawab Medis :

Nama : Prof.Dr.Sherly Horax, drg., MS
Alamat : Jl. Ranggong C6
Telp : 081343965968

Nama :
Usia / Jenis Kelamin :
No. Rekam Medik :
Diagnosa :

PILIH LAH SALAH SATU JAWABAN YANG PALING SESUAI DENGAN DIRI ANDA !

Keterangan :

- 1 : Sangat Setuju
- 2 : Setuju
- 3 : Ragu-ragu
- 4 : Tidak Setuju
- 5 : Sangat Tidak Setuju

KUESIONER MOTIVASI

A. PERILAKU KESEHATAN GIGI DAN MULUT

PERNYATAAN	1	2	3	4	5
Saya menyikat gigi 2-3 kali sehari					
Saya menyikat gigi atas kemauan saya sendiri					
Orang tua saya mengajarkan kepada saya cara menyikat gigi dengan baik dan benar					
Ketika gigi saya berlubang atau gusi saya berdarah, saya memeriksakan gigi saya ke dokter gigi					
Saya melakukan pemeriksaan rutin ke dokter gigi, sekurangnya 3-6 bulan sekali					
Saya bersemangat dan senang melakukan kunjungan ke dokter gigi					

B. PENGETAHUAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT

PERNYATAAN	1	2	3	4	5
Makanan yang mengandung gula seperti coklat dan permen dapat membuat gigi berlubang					
Minuman bersoda dan minuman manis tidak baik untuk kesehatan tubuh maupun kesehatan gigi					
Gigi berlubang mempengaruhi penampilan					
Menyikat gigi secara rutin, minimal dua kali sehari dapat mencegah gigi berlubang					
Saat menyikat gigi, lidah juga harus disikat					
Penyakit seperti gigi berlubang dan gusi berdarah saling berpengaruh terhadap kesehatan tubuh secara umum					

PERNYATAAN	YA	TIDAK
Saya memiliki seorang dokter gigi pribadi		
Dokter pribadi saya pernah menyarankan melakukan pemeriksaan ke dokter gigi		



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
BAGIAN ILMU KEDOKTERAN GIGI ANAK
Jl. Perintis Kemerdekaan KM.10 Makassar 90245
Telp (0411) 586012, Fax (0411) 584641

Daftar Hadir Dosen IKGA yang menghadiri Seminar Hasil Skripsi

Nama : **Andi Nur Sakina Tri Meilana**
NIM : **JIII 13 334**
Judul : **Motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* : penelitian dilakukan di RSUP Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar**
Tanggal : **Senin, 07 November 2016**
Tempat : **RSGM Tamalanrea**

No	Nama / NIP	Tanda Tangan
1	drg. Muh. Amin Kansi, MS, Ph.D NIP. 19540707 198003 1 005	1.
2	drg. Hendrastuti Handayani, M.Kes NIP. 19570825 198303 2 001	2.
3	Prof. Dr. drg. Sherly Horax, MS NIP. 19580403 198602 2 002	3.
4	Dr. drg. Mathamah, M.Kes NIP. 19630305 198903 2 002	4.
5	drg. Alifuddin Zuhri, M.Kes NIP. 19611119 199103 1 001	5.
6	Dr. drg. Fajriani, M.Si NIP. 19691130 199903 2 001	6.
7	Dr. drg. Muh. Harun Achmad, M.Kes, Sp.KGA NIP. 19710523 200212 1 002	7.
8	drg. Adam Malik Hamudeng, M.Med.Ed NIP. 19751209 200501 1 003	8.
9	drg. Nurhaedah Galib, Sp.KGA NIP. 19731203 200501 2 002	9.

Makassar, 7/11/16
Pembimbing Skripsi

Prof. Dr. drg. Sherly Horax, MS
NIP. 19580403 198602 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
BAGIAN ILMU KEDOKTERAN GIGI ANAK
Jl. Perintis Kemerdekaan KM.10 Makassar 90245
Telp (0411) 586012, Fax (0411) 584641

Tanda Terima Hasil Penelitian Skripsi

Nama : Andi Nur Sakina Tri Meilana
NIM : J111 13 334
Judul : Motivasi pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut pada anak *medically compromised* : penelitian dilakukan di RSUP Wahidin Sudirohusodo Kota Makassar
Tanggal : Senin, 07 November 2016
Tempat : RSGM Tamalanrea

No	Nama / NIP	Tanda Tangan
1	drg. Muh. Amin Kansi, MS, Ph.D NIP. 19540707 198003 1 005	1.
2	drg. Hendrastuti Handayani, M.Kes NIP. 19570825 198303 2 001	2.
3	Prof. Dr. drg. Sherly Horax, MS NIP. 19580403 198602 2 002	3.
4	Dr. drg. Marhamah, M.Kes NIP. 19630305 198903 2 002	4.
5	drg. Alifuddin Zuhri, M.Kes NIP. 19611119 199103 1 001	5.
6	Dr. drg. Fajriani, M.Si NIP. 19691130 199903 2 001	6.
7	Dr. drg. Muh. Harun Achmad, M.Kes, Sp.KGA NIP. 19710523 200212 1 002	7.
8	drg. Adam Malik Hamudeng, M.Med.Ed NIP. 19751209 200501 1 003	8.
9	drg. Nurhaedah Galib, Sp.KGA NIP. 19731203 200501 2 002	9.

Makassar, 7/11/16

Kepala Departemen IKGA,

Prof. Dr. drg. Sherly Horax, MS
NIP. 19580403 198602 2 002



**BAGIAN ILMU KEDOKTERAN GIGI ANAK
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Poliklinik Gigi FKG Unhas, Jl. Kande No. 5 Makassar, Telp (0411) 316356, 322423

KARTU KONTROL SKRIPSI

NAMA : ANDI NUR SAKINA TRI MEILANA
NIM : J111 13 334
PEMBIMBING : Prof. Dr. drg. Sherly Horax, MS
JUDUL : MOTIVASI PEMELIHARAAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT
PADA ANAK *MEDICALLY COMPROMISED*

NO.	HARI/TANGGAL	MATERI KONSULTASI	PARAF		KET.
			PEMBIMBING	MAHASISWA	
1.	Senin, 23 Nov. 2016	Pengajuan Judul			
2.	Senin, 25 Jan. 2016	Diskusi Judul			
3.	Selasa, 26 Jan. 2016	Penetapan Judul			
4.	Jumat, 29 Jan. 2016	Membahas Jurnal			
5.	Selasa, 9 Feb. 2016	Ubah Judul			
6.	Senin, 16 Feb. 2016	Penetapan Judul			
7.	Senin, 22 Feb. 2016	Pembahasan prop.			
8.	Kamis, 3 Maret 2016	Penetapan Kuesioner			
9.	Kamis, 17/3/2016	Diskusi kuesioner			
10.	Senin, 28 Maret 2016	Penetapan kuesioner			
11.	Selasa, 29 Maret 2016	Revisi Kuesioner			
12.	Kamis, 20 April 2016	ACC Proposal			
13.	Kamis, 2 Juni 2016	Persiapan penelitian			
14.	Selasa, 21 Juni 2016	Persiapan penelitian			
15.	Senin, 29 Agustus 2016	Revisi			
16.	Selasa, 6 Sept. 2016	Revisi			
17.	Kamis, 20 Okt. 2016	Diskusi hasil			
18.	Senin, 24 Okt. 2016	Revisi skripsi			

[illegible]

GET

FILE='C:\Users\toshiba\Documents\Data Julian.sav'.

DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.

DATASET ACTIVATE DataSet1.

CROSSTABS

/TABLES=Penyakit BY Perilaku Pengetahuan Motivasi P13 P14 P15

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT ROW

/COUNT ROUND CELL.

FREQUENCIES VARIABLES=Perilaku Pengetahuan Motivasi

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes		
Output Created		08-OCT-2016 17:03:53
Comments		
Input	Data	C:\Users\toshiba\Documents\Data Juliana.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	99
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Perilaku Pengetahuan Motivasi /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.00
	Elapsed Time	00:00:00.01

Statistics

		Perilaku	Pengetahuan	Motivasi
N	Valid	99	99	99
	Missing	0	0	0

Frequency Table

		Perilaku			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Tinggi	17	17.2	17.2	17.2
	Sedang	63	63.6	63.6	80.8
	Rendah	19	19.2	19.2	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

		Pengetahuan			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Tinggi	13	13.1	13.1	13.1
	Sedang	76	76.8	76.8	89.9
	Rendah	10	10.1	10.1	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

		Motivasi			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	Tinggi	14	14.1	14.1	14.1
	Sedang	69	69.7	69.7	83.8
	Rendah	16	16.2	16.2	100.0
	Total	99	100.0	100.0	

CROSSTABS

```

/TABLES=Penyakit BY Perilaku Pengetahuan Motivasi BY Sex Kat_Usia
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Notes		
Output Created		12-OCT-2016 10:33:37
Comments		
Input	Data	C:\Users\toshiba\Documents\Dat a lana.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	99
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		CROSSTABS /TABLES=Penyakit BY Perilaku Pengetahuan Motivasi P13 P14 P15 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT ROW /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.02
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	349496

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyakit * Perilaku	99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%
Penyakit * Pengetahuan	99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%
Penyakit * Motivasi	99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%
Penyakit * P13	99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%
Penyakit * P14	99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%

Penyakit * P15	99	100.0%	0	0.0%	99	100.0%
----------------	----	--------	---	------	----	--------

Penyakit * Perilaku

Crosstab

			Perilaku			Total
			Tinggi	Sedang	Rendah	
Penyakit	PJB	Count	8	28	4	40
		% within Penyakit	20.0%	70.0%	10.0%	100.0%
	SN	Count	8	8	3	19
		% within Penyakit	42.1%	42.1%	15.8%	100.0%
	Leukemia	Count	2	21	8	31
		% within Penyakit	6.5%	67.7%	25.8%	100.0%
	Thalamesia	Count	1	5	3	9
		% within Penyakit	11.1%	55.6%	33.3%	100.0%
Total	Count		19	62	18	99
	% within Penyakit		19.2%	62.6%	18.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	13.626 ^a	6	.034
Likelihood Ratio	13.369	6	.038
Linear-by-Linear Association	4.954	1	.026
N of Valid Cases	99		

a. 4 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.64.

Penyakit * Pengetahuan

Crosstab

			Pengetahuan			Total
			Tinggi	Sedang	Rendah	
Penyakit	PJB	Count	7	31	2	40
		% within Penyakit	17.5%	77.5%	5.0%	100.0%
	SN	Count	0	15	4	19
		% within Penyakit	0.0%	78.9%	21.1%	100.0%
	Leukemia	Count	5	25	1	31
		% within Penyakit	16.1%	80.6%	3.2%	100.0%

	% within Penyakit	16.1%	80.6%	3.2%	100.0%
Thalamesia	Count	1	5	3	9
	% within Penyakit	11.1%	55.6%	33.3%	100.0%
Total	Count	13	76	10	99
	% within Penyakit	13.1%	76.8%	10.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	13.465 ^a	6	.036
Likelihood Ratio	14.344	6	.026
Linear-by-Linear Association	1.120	1	.290
N of Valid Cases	99		

a. 7 cells (58.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .91.

Penyakit * Motivasi

Crosstab

			Motivasi			
			Tinggi	Sedang	Rendah	Total
Penyakit	PJB	Count	15	23	2	40
		% within Penyakit	37.5%	57.5%	5.0%	100.0%
	SN	Count	3	12	4	19
		% within Penyakit	15.8%	63.2%	21.1%	100.0%
	Leukemia	Count	3	22	6	31
		% within Penyakit	9.7%	71.0%	19.4%	100.0%
	Thalamesia	Count	0	7	2	9
		% within Penyakit	0.0%	77.8%	22.2%	100.0%
Total	Count	21	64	14	99	
	% within Penyakit	21.2%	64.6%	14.1%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	13.891 ^a	6	.031

Likelihood Ratio	15.957	6	.014
Linear-by-Linear Association	11.391	1	.001
N of Valid Cases	99		

a. 5 cells (41.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.27.

Penyakit * P13

Crosstab

			P13		
			Sangat setuju	Sangat tidak setuju	Total
Penyakit	PJB	Count	22	18	40
		% within Penyakit	55.0%	45.0%	100.0%
	SN	Count	10	9	19
		% within Penyakit	52.6%	47.4%	100.0%
	Leukemia	Count	20	11	31
		% within Penyakit	64.5%	35.5%	100.0%
	Thalamesia	Count	5	4	9
		% within Penyakit	55.6%	44.4%	100.0%
Total		Count	57	42	99
		% within Penyakit	57.6%	42.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.925 ^a	3	.819
Likelihood Ratio	.934	3	.817
Linear-by-Linear Association	.303	1	.582
N of Valid Cases	99		

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.82.

Penyakit * P14

Crosstab

			P14			
			Sangat setuju	Setuju	Sangat tidak setuju	Total
Penyakit	PJB	Count	21	0	19	40
		% within Penyakit	52.5%	0.0%	47.5%	100.0%
	SN	Count	6	1	12	19
		% within Penyakit	31.6%	5.3%	63.2%	100.0%
	Leukemia	Count	23	3	5	31
		% within Penyakit	74.2%	9.7%	16.1%	100.0%
	Thalamesia	Count	7	1	1	9
		% within Penyakit	77.8%	11.1%	11.1%	100.0%
Total	Count	57	5	37	99	
	% within Penyakit	57.6%	5.1%	37.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	18.406 ^a	6	.005
Likelihood Ratio	21.226	6	.002
Linear-by-Linear Association	8.290	1	.004
N of Valid Cases	99		

a. 5 cells (41.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .45.

Penyakit * P15

Crosstab

			P15				
			Sangat setuju	Setuju	Ragu-ragu	Tidak setuju	Total
Penyakit	PJB	Count	4	19	14	3	
		% within Penyakit	10.0%	47.5%	35.0%	7.5%	100
	SN	Count	0	16	3	0	
		% within Penyakit	0.0%	84.2%	15.8%	0.0%	100
	Leukemia	Count	5	15	4	7	
		% within Penyakit	16.1%	48.4%	12.9%	22.6%	100
	Thalamesia	Count	3	2	2	2	
		% within Penyakit	33.3%	22.2%	22.2%	22.2%	100
Total	Count	12	52	23	12		
	% within Penyakit	12.1%	52.5%	23.2%	12.1%	100	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	22.530 ^a	9	.007
Likelihood Ratio	25.297	9	.003
Linear-by-Linear Association	.000	1	.983
N of Valid Cases	99		

a. 11 cells (68.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.09.